

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

THAISA SANTOS NAVOLAR

**A INTERFACE ENTRE A NUTRIÇÃO E AS PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS**

Florianópolis
2010

Thaís Santos Navolar

**A INTERFACE ENTRE A NUTRIÇÃO E AS PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
da Universidade Federal de Santa
Catarina.

Linha de pesquisa: Ciências Humanas
e Políticas Públicas em Saúde

Orientador: Dr. Charles Dalcanale
Tesser

Co-orientadora: Dra. Elaine de
Azevedo

Florianópolis
2010

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

N327i Navolar, Thaisa Santos

A Interface entre a nutrição e as práticas integrativas e complementares no SUS [dissertação] / Thaisa Santos Navolar ; orientador, Charles Dalcanale Tesser, co-orientadora, Elaine de Azevedo . - Florianópolis, SC, 2010.
223 p.: il., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde pública. 2. Nutricionistas. 3. Nutrição e saúde pública. 4. Atenção primária à saúde. I. Tesser, Charles Dalcanale. II. Azevedo, Elaine de. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 614

Aos meus pais, Suzana e
Jeferson,
por me ensinarem o caminho da perseverança,
com todo o incentivo, apoio e amor eterno.

AGRADECIMENTOS

Ao Universo por esta oportunidade única de aprendizado.

Ao Professor Charles Tesser, dedicado orientador, pelos ricos debates e apoio na escolha deste novo tema.

À Elaine de Azevedo, por aceitar o convite de co-orientação e encarar o desafio de forma tão presente.

À nutricionista Deise Lopes Silva, por colaborar com esta pesquisa no envio de materiais e documentos a respeito do histórico das práticas integrativas na categoria profissional.

Em especial aos nutricionistas entrevistados pela disponibilidade e atenção.

À Gerência da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Professor Guilherme Abath, Cariri e Magui, pelo apoio necessário para a concretização deste trabalho.

A todos os colegas do Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas – NAPI/Recife.

À minha família, em especial minha irmã, Tainá, e aos meus avós, Leda, Áureo e Edson, que incentivaram esta jornada.

Ao meu namorado, Lio, pelo carinho e compreensão em todos os momentos.

À amiga Camila Mercali, pela tradução do abstract, e por estar sempre presente.

Às amigas Panmela e Emilene, por dividirem comigo parte de suas vidas.

A todos meu agradecimento fraterno.

SUMÁRIO

Introdução.....	1
Capítulo 1: O modelo biomédico de saúde e a visão dominante da	
Nutrição.....	6
A crise da saúde	6
O atual panorama alimentar: a insegurança alimentar e o impacto do	
sistema produtivo de alimentos sobre a saúde dos indivíduos	9
O paradigma nutricional	15
Capítulo 2: Uma visão ampliada da saúde e da nutrição	21
Uma visão ampliada da saúde: a saúde coletiva e a promoção da	
saúde	21
Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares..	25
Uma visão ampliada da Nutrição	31
A Agroecologia.....	37
A Nutrição Complementar Integrada.....	39
Capítulo 3: Visão dos Nutricionistas a respeito das PIC	49
Percurso metodológico	49
Práticas Integrativas e Complementares em Florianópolis/SC	53
A Nutrição na atenção primária à saúde de Florianópolis	54
Caracterização dos profissionais.....	57
Visão dos Nutricionistas a respeito das PIC	59
Os grupos de alimentação saudável	130
Considerações finais.....	134
Referências	137
Artigo 1	155
Artigo 2	177
Apêndice 1.....	204
Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	206

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Quadro 1: Quadro comparativo das racionalidades médicas 26

Figura 1: As Práticas Integrativas e Complementares estão inseridas em qual nível de atenção? 31

Tabela 1: Formação complementar das nutricionistas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC em nível de pós-graduação, 2009. 58

Tabela 2: Formação complementar em PIC das nutricionistas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC, 2009. 59

Tabela 3: Conhecimento, uso, recomendação e apoio ao usuário pelas nutricionistas que atuam na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC, 2009. 101

LISTA DE ABREVIATURAS

ADA: *American Dietetic Association*
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS: Atenção Primária à Saúde
CFN: Conselho Federal de Nutricionistas
CONSEA: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CTSAN: Câmara Técnica Setorial de Alimentação e Nutrição
DHAA: Direito Humano à Alimentação Adequada
EBIA: Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
ESF: Estratégia de Saúde da Família
FAO: *Food and Agriculture Organization*
FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz
IBASE: Instituto Brasileiro de Pesquisas Sociais e Econômicas
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOSAN: Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MAC/MT: Medicinas Alternativas e Complementares/Medicinas Tradicionais
NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NCCAM: *National Center for Complementary and Alternative Medicine*
NCI: Nutrição Complementar Integrada
OMS: Organização Mundial de Saúde
PAA: Programa de Aquisição de Alimentos
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PARA: Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos
PIC: Práticas Integrativas e Complementares
PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar
PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPIC: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde
POF: Pesquisa Nacional de Orçamento Familiar
PS: Promoção da Saúde
PSF: Programa Saúde da Família
SAN: Segurança Alimentar e Nutricional
SISAN: Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
ULS: Unidade Local de Saúde
UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina

RESUMO

A Nutrição está inserida no paradigma biologicista da saúde, que vem orientando intervenções de caráter predominantemente restritivo, alinhada a uma visão dominante dessa prática profissional. Disso surge a necessidade de fortalecer uma visão holística e ampliada da Nutrição. Doutra parte, é crescente a procura social por Práticas Integrativas e Complementares (PIC) e outras racionalidades médicas. O objetivo deste trabalho foi analisar a visão das nutricionistas que atuam na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC a respeito do uso e recomendação de PIC na sua prática profissional. O recurso metodológico utilizado foi a entrevista em profundidade, realizada com 8 nutricionistas no ano de 2009. As entrevistas foram transcritas e tratadas por análise de conteúdo, conforme Bardin. Foram discutidos aspectos da prática profissional e seu papel na saúde coletiva, o que formou os eixos temáticos de discussão: origem dos alimentos; entendimento sobre PIC; relevância e aplicação das PIC em Nutrição; formação profissional; prescrição fitoterápica; visão sobre a nutrição funcional; relação com os usuários; promoção da saúde; segurança alimentar e nutricional; e construção da Nutrição Complementar Integrada. Resultaram da análise duas categorias envolvendo diferentes visões sobre as PIC: i) Simpatizantes Reticentes - não recomendam PIC, mas têm simpatia por elas; ii) Simpatizantes Atuantes - recomendam fitoterápicos e encaminham para acupuntura e homeopatia, com avaliação de bons resultados para problemas frequentes como obesidade/ansiedade, e com boa receptividade do usuário. Outra reflexão diz respeito à construção da “Nutrição Complementar Integrada”, da qual fariam parte: dietoterapia chinesa, alimentação ayurvédica, macrobiótica, alimentação antroposófica, fitoterapia, vegetarianismo e alimentação viva, porém são necessários estudos que investiguem essas distintas racionalidades nutricionais. Por fim, as práticas integrativas em Nutrição podem trazer relevantes contribuições para a atuação profissional em saúde coletiva, inclusive no sentido de relativizar o paradigma nutricional hegemônico.

Palavras Chave: Práticas Integrativas e Complementares; Nutricionista; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Nutrition is inserted into the health biologist paradigm, which is predominantly guiding a restrictive intervention, aligned to a dominant view of this professional practice. From this arises the necessity to strengthen a holistic and expanded view of Nutrition. From another view, the social demand for Complementary and Alternative Medicine (CAM) and other medical rationalities is growing. The aim of this study was to examine the view of dietitians that work in primary health care in Florianopolis regarding the use and recommendation of CAM in their professional practice. The methodology used was the in-depth interview held with eight nutritionists in 2009. The interviews were transcribed and processed by content analysis according to Bardin. Aspects of professional practice and its role in public health were discussed, which formed the following topics of discussion: the food origin; understanding of CAM; relevance and application of the CAM in Nutrition; professional formation; herbal prescription, the view about functional nutrition; relationship with users, health promotion, nutritional and food security, and construction of Integrated Complementary Nutrition. From the analysis resulted two categories involving different views on the CAM: i) reluctant supporters – they do not recommended CAM, but have sympathy for them, ii) Acting Supporters - recommend herbal medicines and refer to acupuncture and homeopathy, with good results for frequent problems as Obesity / anxiety, together with the user good receptivity. Another reflection concerns the construction of the "Integrated Complementary Nutrition", which include: Chinese diet therapy, ayurvedic diet, macrobiotic, anthroposophic diet, phytotherapy, vegetarianism and raw food, but studies are needed to investigate these distinct nutrition rationales. Finally, the integrative practices in Nutrition can bring relevant contribution to professional practice in public health, including the sense of relativizing the hegemonic nutritional paradigm.

Keywords: Nutritionist; Complementary and Alternative Medicine; Primary Health Care

INTRODUÇÃO

A busca por uma perspectiva de Nutrição ampliada me acompanha desde a graduação, quando tive a oportunidade de entrar em contato com o paradigma calórico-quantitativo desta ciência e percebi poucas oportunidades de aprendizado de outras formas de compreender a relação entre o ser humano e os alimentos. Entretanto, foi ainda na graduação, em contato com a saúde coletiva, que pude entender que havia um movimento de construção de algumas das respostas que desejava. Depois de graduada, estreitei contato com o meio rural, o agricultor e os movimentos sociais, experiência que me fez ver de perto que a relação entre o ser humano e o alimento vai muito além de seus nutrientes, mas inclui ainda o contato com a terra, as questões culturais, os elementos da natureza e, até mesmo, a espiritualidade. Após este período, fiz uma formação complementar em alimentação viva e, posteriormente, outra, nas áreas de dietoterapia chinesa e fitoterapia, experiências que fortaleceram a busca por entender outras lógicas nutricionais.

Com a entrada no Mestrado em Saúde Pública, tive a oportunidade de conhecer autores que discutem uma visão ampliada da saúde, e que estão contribuindo para a construção do campo das Práticas Integrativas e Complementares. Anteriormente, tais práticas eram para mim, as “terapias naturais”, das quais fiz o uso desde minha infância. Foi neste momento que compreendi que essas práticas poderiam trazer contribuições para o debate de uma forma de Nutrição ampliada, como acima mencionado, analisada dentro da perspectiva da saúde coletiva. A partir desse instigante campo de conhecimento trago as reflexões a seguir.

Convivemos com diversas iniquidades sociais, dentre elas a desigualdade no acesso às dignas condições de vida, à assistência à saúde de qualidade e à alimentação adequada. Diante destas questões, é necessário fazer uma reflexão sobre quais são as práticas de saúde e alimentação construídas neste contexto.

A prática dos profissionais de saúde mantém-se hegemonicamente conforme o modelo curativo e preventivo, reforçando traços de medicalização nos serviços de saúde, contexto esse chamado de crise da saúde (LUZ, 2007b). Conforme Tesser e Luz (2002), o paradigma biomecânico ou positivismo mecanicista permanece forte na maior parte das pesquisas e nas práticas de atenção profissional à saúde,

o que reforça as dificuldades de significação dos adoecimentos e tratamentos.

Por outro lado, as práticas alimentares sofrem as consequências do paradigma biologicista¹. Entre tais repercussões, é possível perceber a extensão da visão reducionista e intervencionista da dieta com base na relação causa/efeito; a padronização de dietas sob o enfoque calórico-quantitativo da Nutrição; a desconsideração dos aspectos socioculturais que permeiam a relação ser humano/alimento; e as controvérsias científicas de pesquisas da área (AZEVEDO, 2008).

Outra questão diz respeito ao impacto do sistema alimentar moderno² de produção dos alimentos, aliado ao crescimento da indústria de alimentos e suas estratégias de marketing, observando-se igualmente a crescente globalização e homogeneização dos costumes (FEYERABEND, 1991). Esse impacto, próprio da modernidade, ajuda a romper com a preservação das culturas alimentares e fragiliza o conceito de alimento local, fortalecendo o contexto da crise alimentar mundial.

No âmbito da saúde, o paradigma biologicista tem levado a profundas reflexões sobre os modelos de saúde, em busca de uma atenção integral e humanizada. No Brasil, esse movimento culminou na Reforma Sanitária³, na década de 1980. Já no cenário internacional surgiu o ideário da Atenção Primária à Saúde (APS), como estratégia necessária de organização de sistemas nacionais de saúde públicos e universais para otimização do acesso à assistência médica e redução dos riscos e danos desse cuidado (STARFIELD, 2000). Outra estratégia é o ideário da Promoção da Saúde, desenvolvido a partir de documentos como o Relatório Lalonde (1974) e a Carta de Ottawa (1986), que buscou compreender o coletivo e os indivíduos em interface com o ambiente em todas as dimensões: física, social, política, econômica e cultural (VERDI; CAPONI, 2005).

Outro aspecto mais recente observado como reação ao modelo biomédico é o resgate e valorização das chamadas medicinas alternativas (MENÉNDEZ, 2003). Inclui-se nesse conceito a importação de sistemas tradicionais orientais como a Medicina Chinesa e a Ayurvédica e a

¹ Nessa pesquisa consideraram-se como sinônimos o uso dos termos “paradigma biologicista” e “modelo biomédico”.

² Tal sistema será posteriormente definido.

³ Movimento em oposição ao complexo médico-industrial, articulado entre diversos setores da sociedade, com fim de garantir o acesso à saúde de qualidade a todos os cidadãos brasileiros, que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), com intensa participação popular e na criação do SUS, através da Constituição de 1988 e da Lei 8.080 de 1990 (DA ROS, 2003).

revalorização de medicinas populares, as quais tiveram grande evidência no Brasil e em países da América Latina na década de 1980 (LUZ, 2007b).

No Brasil foi editada em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a qual abrange a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, a Medicina Antroposófica, as Plantas Medicinais e Fitoterapia, a Homeopatia e a Crenoterapia/Termalismo⁴ no Sistema Único de Saúde (SUS).

A categoria Racionalidade Médica desenvolvida por Luz (1993) foi construída permitindo o estudo de outras racionalidades (Medicinas Chinesa e Ayurvédica e Homeopatia), que não somente a biomédica, a partir de dimensões que permeiam a todas, de forma distinta: Cosmologia, Doutrina Médica, Morfologia, Fisiologia, Sistema de Diagnose e Sistema Terapêutico.

No âmbito da Nutrição, essa categoria ou alguma análoga ainda não foi construída e há que se avançar para um amadurecimento do que seriam e o que significariam a existência e prática social de outras racionalidades nutricionais, diversas da Nutrição de orientação biomédica. Por outro lado, as iniciativas de promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), apesar de não desenvolverem este tema especificamente, representam uma estratégia de diálogo entre as políticas de alimentação e nutrição dentro da área da saúde com o enfoque da promoção da saúde e incorporaram um novo conceito de alimento, a partir da perspectiva socioambiental e cultural.

Neste contexto, se destaca uma reflexão a respeito da prática do nutricionista na atenção básica, entendendo o papel deste profissional enquanto agente promotor de hábitos alimentares saudáveis, articulando saberes e valorizando as culturas locais. Para que isso aconteça, é necessária a relativização de uma formação biomédica e a inclusão do que chamamos neste trabalho de uma visão ampliada da nutrição (BOSI, 1994) e da saúde.

É importante ressaltar que algumas iniciativas vêm sendo delineadas a fim de aproximar a atuação do nutricionista com a abordagem complementar e integral, tal como a Resolução 402/2007, do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). Essa resolução regulamenta a prescrição fitoterápica por este profissional, considerando o incentivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) no uso de plantas medicinais nos

⁴ “Uso de águas minerais para tratamento de saúde” (BRASIL, 2006, p.21).

serviços públicos, recomendação ratificada na II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

Neste projeto, propõe-se preliminarmente uma seleção e classificação de práticas e saberes nutricionais complementares/alternativos/tradicionais (analogamente às Medicinas Alternativas e Complementares/Medicinas Tradicionais – MAC/MT) que chamaremos no seu conjunto de Nutrição Complementar Integrada (NCI)⁵. Tais práticas, apesar de não contempladas na atual graduação dos nutricionistas, poderiam ser desenvolvidas por este profissional desde que capacitados para tanto. Entre essas práticas elencam-se inicialmente: a fitoterapia/plantas medicinais, dietoterapia chinesa, alimentação ayurvédica, alimentação antroposófica, nutrição funcional, vegetarianismo, alimentação viva e aproveitamento integral dos alimentos. Nesse contexto, se inclui ainda o consumo de alimentos produzidos sob a ótica da Agroecologia⁶. Ressalta-se que tal consumo não pode ser considerado uma nova racionalidade, mas uma “atitude alimentar” já inserida em algumas das práticas supra mencionadas.

Outra interface relacionada à problemática da atuação profissional dos nutricionistas no SUS, especialmente na APS, é a existência de outras lógicas, valores e, por hipótese, racionalidades nutricionais distintas da biomédica. As mesmas podem facilitar ou não a reconstrução da prática profissional, e podem estar relacionadas a uma maior adequação cultural⁷, sustentabilidade socioeconômica e ambiental e promotora de SAN.

Ressalta-se que tal interface é pouco conhecida e explorada tanto no ambiente acadêmico quanto profissional, seja na área da Nutrição ou da Saúde Coletiva. Em analogia ao campo das MAC/MT, a

⁵ Este termo deriva de iniciativa pioneira e já existente no campo profissional elaborada pelas nutricionistas Deise Lopes Silva e Soraya Terra Coury, que realizam cursos de atualização profissional com esse título abordando em especial a dietoterapia chinesa e a fitoterapia. Ampliamos o significado da expressão, pois a consideramos adequada para designar o conjunto de práticas e saberes complementares em Nutrição.

⁶ A Agroecologia se caracteriza como um movimento sócio-político, de fortalecimento do agricultor familiar em busca de sua identidade e raízes culturais e de sua autonomia no processo produtivo, favorecendo o local como foco de ação, buscando o fortalecimento de uma forma de agricultura e de desenvolvimento rural sustentável. O modelo produtivo associado à Agroecologia é a Agricultura Ecológica e o alimento ecológico, isento de contaminantes químicos sintéticos, e segue as normas do Decreto 6.323 (BRASIL, 2007).

⁷ No sentido de enriquecimento cultural, que implica em um diálogo menos vertical com vistas a enriquecer a racionalidade leiga a partir da racionalidade médica, seja ela qual for (TESSER, 2009).

nossa **hipótese** é que estas outras lógicas da Nutrição, distintas da biomédica, são relevantes, mas ainda pouco exploradas. Entretanto, diante de sua aproximação com o conceito de SAN e de suas contribuições para a Saúde Coletiva e para a ampliação da prática profissional do nutricionista no SUS, considera-se que essa abordagem merece ser reconhecida e estudada. Além disso, tal tema é base para a construção de um novo campo de saber e prática na Nutrição, tarefa que este trabalho almeja trazer contribuições.

Este estudo teve como **objetivos** analisar a visão e prática de nutricionistas que atuam na rede de atenção básica do serviço de saúde do município de Florianópolis/SC, a respeito do uso e recomendação de práticas integrativas e complementares por nutricionistas; e ainda trazer contribuições para a construção da Nutrição Complementar Integrada.

Para atingir tais objetivos, o **Capítulo 1** contextualiza algumas repercussões do modelo atual de saúde e de alimentação. No **Capítulo 2** são apresentadas iniciativas de ampliação da saúde, tal como as políticas de promoção da saúde e as PIC, e uma visão ampliada da Nutrição.

O **Capítulo 3** consiste na visão dos nutricionistas a respeito das PIC, no qual é apresentado o percurso metodológico de pesquisa; a organização da Nutrição na atenção primária à saúde em Florianópolis-SC; uma breve caracterização dos profissionais e o corpo da discussão deste trabalho, organizado em uma breve descrição da observação de alguns dos grupos de alimentação saudável realizados no município, e é apresentada a visão das nutricionistas a respeito das PIC, organizada em eixos temáticos: a origem dos alimentos e aspectos produtivos; entendimento sobre PIC e conhecimento da PNPIC; a formação profissional; relevância das PIC para o nutricionista; a prescrição de fitoterápicos; a nutrição funcional; aplicação das PIC em nutrição na APS; relação com o usuário; a relação com a Promoção da Saúde e com a SAN. Posteriormente seguem as **Considerações Finais**.

CAPÍTULO 1: O MODELO BIOMÉDICO DE SAÚDE E A VISÃO DOMINANTE DA NUTRIÇÃO

A CRISE DA SAÚDE

Neste capítulo serão abordados alguns elementos que configuram a chamada “Crise da Saúde” e as suas conseqüências para um enfoque biologicista e reducionista nas práticas profissionais em saúde, com ênfase na área da Nutrição. Acredita-se que tal análise se configura essencial para este projeto, o qual se propõe a refletir sobre a necessidade de entendimento de outras racionalidades nutricionais, não fundadas no paradigma biologicista.

São intensos os debates ao redor da crise da saúde, e isto não é de hoje. No Brasil, a partir da década de 1970, iniciou-se o Movimento Sanitário, em oposição ao complexo médico-industrial (DA ROS, 2003). Sérgio Arouca, ao escrever o Dilema Preventivista (2003), trouxe esta discussão à tona, contestando a prática médica: “centralizada na intervenção terapêutica e descuidando-se na prevenção” (AROUCA, 2003, p. 39).

Não cabe a este trabalho analisar a prática médica, mas sim resgatar alguma literatura sobre este tema, a fim de compreender sua contribuição para o debate da Saúde Coletiva como um todo, e inclusive para a área da Nutrição e a prática do nutricionista.

Assim, Arouca levanta outro aspecto (2003, p. 39): a especialização crescente, “fazendo que o homem fosse cada vez mais reduzido a órgãos e estruturas, perdendo-se completamente a noção de sua totalidade”. Cabe aqui, compreender os desafios atuais para o resgate da humanização dos serviços, mas principalmente reafirmar o princípio da Integralidade, legitimado pela Lei Orgânica de Saúde⁸ (BRASIL, 1990).

Mas, que crise é essa? Luz denomina Crise da Saúde como um conjunto de eventos, “situações e condicionamentos complexa, de

⁸ A Lei Orgânica de Saúde (1990) cria o Sistema Único de Saúde, cujos princípios são a integralidade, a universalidade e equidade no acesso aos serviços (BRASIL, 1990).

natureza ao mesmo tempo socioeconômica, cultural e epidemiológica, [...] característica do final do século e milênio passado” (LUZ, 2007b, p.40).

Anteriormente, torna-se necessário problematizar em que contexto aplica-se essa “Crise da Saúde”. Luz (1988) auxilia a compreender o processo saúde-doença entrelaçado à estrutura social:

Creditando à estrutura da sociedade o surgimento e a manutenção das doenças, que passam a ser vistas como efeito ou expressão dos costumes, moralidade, da economia ou da estrutura de classes, a medicina social, contrariamente à clínica, na teoria e na prática, não entende que a intervenção médica no corpo dos indivíduos ou do coletivo social seja suficiente para estabelecer (ou restabelecer) um estado de saúde deteriorado e espoliado pela própria estrutura social. Para haver *Saúde* é necessário que se mude a sociedade. Pois são de fato as condições sociais e econômicas que explicam o surgimento das doenças (LUZ, 1988, p.93).

Vistas as desigualdades presentes na conjuntura mundial impulsionadas pelo sistema capitalista, esta crise torna-se ainda mais aguda, e tem como reflexo uma mistura de velhas doenças, como as doenças crônico-degenerativas e as novas e as recorrentes epidemias (LUZ, 2007b).

Tal cenário traz como uma de suas consequências a dependência dos indivíduos e da sociedade aos bens e serviços do modelo médico-assistencial (BARROS, 2002). Este processo é conhecido por medicalização social, anteriormente discutido por Foucault (1980) e ainda por Illich (1975), sendo que este criou o termo “iatrogenia cultural”, definido como: “a perda do potencial cultural para manejo da maior parte das situações de dor, adoecimento e sofrimento” (TESSER, 2006b, p. 348).

A medicalização se define, portanto, como um processo de apropriação da biomedicina dos comportamentos humanos, caracterizando-os como problemas médicos (TESSER, 2010). Para Barros (2002), nesse contexto a saúde é transformada em mercadoria, uma vez que as respostas do modelo biomédico são repetidamente vinculadas a bens e serviços oferecidos pelo sistema capitalista.

Menéndez (2003) afirma que a maior parte das diversas formas de atenção atua basicamente na doença e não na promoção da saúde. Tal postura é atribuída aos profissionais de saúde, em grande parte por causa de sua formação biologicista com base na racionalidade científica moderna, mas também aos sujeitos e grupos sociais, que demandam com maior ênfase nos seus processos de doença do que sobre seu estado de saúde. Por outro lado, essa crise na saúde torna-se, indiretamente, a motivação para a busca de outras racionalidades em saúde pela população, através da revalorização de antigos padrões e formas particulares de expressão da cultura (LUZ, 2007b). Esse trabalho partilha das idéias de Beck, que na década de 1980 criou a expressão *Sociedade de Risco*:

No sentido de uma teoria social e de um diagnóstico de cultura, o conceito de sociedade de risco designa um estágio da modernidade em que começam a tomar corpo as ameaças produzidas até então no caminho da sociedade industrial (BECK, 1997, p.17).

Para Chevitarese e Pedro (2005), a proposição de Beck (1997) baseia-se no fato de que a modernidade confronta-se com os limites de seu próprio modelo, a partir do processo de industrialização e tecnologia.

Neste contexto, emergem os riscos e medos vinculados a discursos presos a ditas verdades científicas, crítica que Caponi faz à “epidemiologia baseada em evidências”, diante da compreensão de que estas “verdades evidentes” ditam a adequação dos comportamentos com fim de evitar riscos:

“Triste” papel que assume a saúde pública, hoje hegemônica, quando se transforma em um espaço persecutório, culpabilizador e moralizador. Tal parece que a saúde pública hegemônica acredita que, baseando-se em certas evidências científicas, está habilitada para determinar as condutas e os estilos de vida que o conjunto dos indivíduos, sem distinções, deverá seguir (CAPONI, 2008, p.1195).

O estabelecimento de normas pela sociedade, em especial aquelas em relação ao processo saúde x doença, abordadas por

Canguilhem (2007) no clássico “Normal e o patológico”, de 1943, tem repercussões na atualidade. Uma das principais consequências trata-se do “higienismo generalizado”, na qual “a mensagem médica, cujo efeito é ampliado por meio de uma rede poderosa de publicações lucrativas e associações bem focalizadas, insinuou-se, com efeito, na vida de cada cidadão” (LECOURT, 2006, p. 299). O autor considera ainda que a prática da medicina moderna e científica pode vir a ser instrumento de manutenção da ordem social. A respeito disto, Caponi assevera que a normalização das condutas e estilos de vida faz parte do próprio nascimento da medicina social, na qual as políticas de saúde pública convertem-se em: “intervenções, muitas vezes coercitivas, sobre a vida privada de sujeitos considerados promíscuos, alienados, ou simplesmente irresponsáveis” (CAPONI, 2003, p. 63).

Isso se estendeu à prevenção das doenças, encarada de forma obsessiva e expandida com o apoio da sociedade em geral e da mídia. Nogueira (2003) considera tal fenômeno como uma higiomania moderna, sob a qual questões de prevenção transformam-se em rígidas intervenções nos hábitos cotidianos, com consequente culpabilização do indivíduo, visíveis inclusive, no âmbito das restrições alimentares.

O ATUAL PANORAMA ALIMENTAR: A INSEGURANÇA ALIMENTAR E O IMPACTO DO SISTEMA PRODUTIVO DE ALIMENTOS SOBRE A SAÚDE DOS INDIVÍDUOS

Atualmente os métodos de avaliação do estado nutricional de indivíduos são considerados uma importante ferramenta no diagnóstico de saúde de coletividades (VASCONCELOS, 2007). Entretanto, o resgate histórico de tais métodos aponta que a antropometria no século XIX e início do século XX teria influência na classificação de criminosos e ainda seria utilizada para identificar características anormais ou inferiores nas raças, à serviço da eugenia e do nazismo. Posteriormente, a antropometria passa a ter papel no diagnóstico da desnutrição, especialmente de crianças, e inclusive no Brasil, a partir de trabalhos desenvolvidos por Josué de Castro (SANTOS, 2008). Santos (2008) aponta que atualmente há uma “popularização” da antropometria, associando-a ao corpo saudável e à prevenção de doenças, e que estes fatores contribuem para a construção de uma imagem do corpo e do peso ideal, relacionados à norma e aos desvios dos padrões cientificamente estabelecidos. A autora traz uma reflexão a respeito da construção dos índices estabelecidos a partir de uma amostra populacional:

a multiplicidade de morfologias corporais e de biotipos físicos existentes no mundo representam um desafio para a antropometria impor uma classificação universal baseada em uma população de referência que está ainda longe de ser representativa da população do planeta (SANTOS, 2008, p.97).

Tais apontamentos são de grande valor para um olhar crítico a respeito da avaliação nutricional, considerando que esta engloba não apenas dados de peso e estatura, mas procuram estabelecer um diagnóstico do estado nutricional da população aliado aos métodos de avaliação de consumo alimentar, por exemplo. Desde as pesquisas desenvolvidas por Josué de Castro, a antropometria contribui para o diagnóstico nutricional da população brasileira, com mapeamento de áreas de vulnerabilidade, e fornecem subsídio para a elaboração de políticas na área de alimentação e nutrição com vistas à garantia da SAN (VASCONCELOS, 2007). Desta forma, conhecer o estado nutricional da população e utilizá-lo de forma crítica traz contribuições para a prática do nutricionista em saúde coletiva.

No Brasil, a elevação das taxas de sobrepeso e obesidade acompanha a tendência mundial, nas diversas faixas etárias e classes sociais. Entre 1975 e 2003 o excesso de peso (Índice de Massa Corporal maior que 25 Kilogramas/m²) aumentou de 18,6 para 41% nos homens. Em relação às mulheres há um incremento do sobrepeso e da obesidade de 1975 a 1989, de 28,6% para 40,7% respectivamente. Porém de 1989 para 2003 registrou-se diminuição para 39,2%. Estes números trazem preocupação à saúde pública, pois implicam no aumento direto de doenças crônico-degenerativas, como diabetes, doenças cardiovasculares, câncer e hipertensão arterial (BRASIL, 2006e). Em contradição a essa tendência, o Brasil ainda mantém um grande número de famintos e desnutridos, principalmente nas regiões norte e nordeste e na área rural. Estudo da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) de 2004 revelou que em 34,8% dos domicílios brasileiros vivem pessoas em estado de Insegurança Alimentar⁹, através da

⁹ Considera-se que o estado de Insegurança Alimentar é uma violação do Direito Humano à Alimentação Adequada, no qual indivíduos ou grupos, por motivos diversos, não tem a garantia de acesso ao alimento de qualidade de forma permanente (CONSEA, 2004).

aplicação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA¹⁰. Em outra pesquisa, utilizando o mesmo método, e realizada pelo Instituto Brasileiro de Pesquisas Sociais e Econômicas (IBASE) em 2007, encontrou que dos cinco mil beneficiários do Programa Bolsa Família entrevistados, 80% vivem com algum grau de insegurança alimentar, sendo 20,7% grave e 34,1% moderada (IBASE, 2008). Este mesmo estudo mostrou que 38,5% das famílias beneficiárias possuem pelo menos uma pessoa com problema crônico de saúde, 16% tiveram diagnóstico de desnutrição infantil em algum membro da família, 36,8% anemia e 7,4% obesidade.

Entretanto, avanços podem ser observados por meio de pesquisas recentes. Os dados revelam que o indicador *baixo peso para a idade*, em crianças menores de um ano de idade, teve uma diminuição de 10,1%, em 1999, para 3,6% em 2004 (MALUF, 2007). Tal resultado mostra que existe uma política atual mais efetiva que se debruça sobre a questão da minimização da fome e dos problemas nutricionais. Valente já ressaltava há alguns anos que somente por meio de políticas públicas estruturantes e participativas é possível a superação do paradoxo entre a desnutrição e a obesidade (VALENTE, 2002).

Ao olhar para o contexto do meio rural brasileiro, a produção de alimentos voltada para o autoconsumo¹¹ é decisiva na superação da insegurança alimentar. Para atingir tal objetivo são necessárias políticas voltadas à agricultura familiar, como linhas de crédito e assistência técnica, agricultura urbana, acesso à terra, comercialização dos excedentes da produção via mercado institucional, tal como o Programa de Aquisição de Alimentos¹² – PAA (IBASE, 2008).

Outra preocupação é a tendência de liberalização do comércio, em que o alimento é considerado mera mercadoria reguladora de mercados, ampliando-se a complexidade em torno da crise mundial de

¹⁰ Método criado para avaliar a situação de insegurança alimentar das famílias brasileiras em vulnerabilidade social, podendo ser classificado como Insegurança Alimentar leve, moderada ou grave (IBASE, 2008).

¹¹ Segundo Khatounian (2001), a produção para o consumo doméstico é uma das formas mais antigas de produção agrícola e na história do Brasil está associada ao conceito de “agricultura de subsistência”. Tal modelo vem a fortalecer e proteger a economicidade da propriedade frente às instabilidades do mercado, já que os agricultores encontram-se nos extremos das cadeias de comercialização, pois recebem os menores preços na venda e pagam os preços mais altos na aquisição de alimentos.

¹² Executado pela Companhia Nacional de Abastecimento, o PAA faz parte das ações do Programa Fome Zero, através da compra antecipada de alimentos da agricultura familiar (CONSEA, 2007).

alimentos (IBASE, 2008). Somente em 2008 o preço da cesta básica aumentou cerca de 46%, sendo no Nordeste onde aparecem os maiores aumentos. Nesse mesmo período a elevação no preço de arroz e feijão variou de 13 a 47% e 95 a 171% respectivamente (IBASE, 2008).

Tal aumento no preço dos alimentos se torna ainda mais preocupante considerando-se que o arroz e o feijão, base da alimentação brasileira, tiveram grande queda no seu consumo ao longo do tempo (o consumo da mistura caiu em 30% entre os anos 1978 e 1998). Esse fato condiz com outras observações a respeito das grandes mudanças no padrão alimentar local, no qual se percebe uma queda significativa no consumo de alimentos regionais, como inhame, mandioca, entre outros (BRASIL, 2006e). Por outro lado, se observa um grande aumento no consumo de alimentos congelados e pré-preparados. Estudo realizado nas regiões metropolitanas de Goiânia e Brasília demonstrou que entre 1974 e 2003 o consumo de biscoitos elevou-se em 400%, embutidos em 300% e frango em 100% (BRASIL, 2006e).

Diante da complexidade e da diversidade de fatores culturais e sociais que se mobilizam para definir o que seria uma alimentação adequada ao brasileiro, é necessário considerar alguns aspectos de relevância nessa definição que diz respeito à origem dos alimentos, bem como de seu modelo produtivo e o caminho percorrido até chegar à mesa.

O sistema alimentar moderno¹³ dominante é baseado nos avanços tecnológicos e nas descobertas tecnocientíficas da agricultura (como o uso de fertilizantes sintéticos e agrotóxicos, o melhoramento genético, o confinamento animal e a mecanização); na grande escala de produção (local e global); na industrialização; na oferta de alimentos desconectada da sazonalidade; na distribuição e comercialização em grandes redes varejistas; na escolha disponível a todos que podem arcar com os preços dos alimentos; nas desigualdades nutricionais entre e dentro das sociedades; e nas repercussões socioambientais vinculadas ao modelo produtivo (BEARDSWORTH; KEIL, 1997 *apud* AZEVEDO, 2009a). Os alimentos produzidos nesse sistema são popularmente chamados de convencionais.

¹³ O sistema agroalimentar moderno teve seu estabelecimento mediante o conhecimento da nutrição, na alta produtividade, nos avanços tecnológicos e na industrialização (AZEVEDO, 2008).

Na década de 1960 a “Revolução Verde”¹⁴ foi introduzida no Brasil, fortalecendo o sistema de produção moderno mencionado, e que modificou as práticas e as características da agricultura familiar. Para Soto (2002, p.50):

O processo de modernização da agricultura caracterizou as transformações capitalistas no campo e marcou a passagem de uma agricultura “natural” para uma produção agrícola baseada em fortes incorporações de insumos industrializados e importados.

Não foi necessário um longo período de tempo para perceber as consequências de tal processo. Na década de 90 do séc. XIX, a crise ambiental do planeta demandou a reflexão sobre o modelo socioeconômico e a relação que o mesmo mantém com a natureza, explorando de forma irracional seus recursos. Uma série de problemas ecológicos e sociais foi identificada, como a perda da auto-suficiência alimentar, erosão genética, perda da biodiversidade e do conhecimento tradicional e aumento das desigualdades no campo (ALTIERI, 2002).

Sem desconsiderar a complexidade sociopolítica que está por trás das iniquidades relacionadas à distribuição e o acesso aos alimentos, destaca-se aqui a questão que envolve a pecuária intensiva, já que cerca de dois terços da produção mundial de grãos são destinados à ração animal.

Khautounian (2001, p.254) esclarece que:

Grosso modo, um quilo de cereais por dia seria o suficiente para alimentar um homem adulto. Comendo exclusivamente cereais, digamos milho, seriam necessários 365 Kg/ano, ou cerca de 0,1 ha de lavoura produzindo 3,65 toneladas/ha de grãos. Esse mesmo homem, alimentando-se exclusivamente de carne de porco, para ter a mesma quantidade de energia, necessitaria de 6 a 8 vezes mais área do

¹⁴ Processo de modernização da agricultura, com a adoção do chamado: “pacote tecnológico”, com uso intensivo da mecanização, de agroquímicos e sementes híbridas selecionadas (ALTIERI, 1989).

mesmo milho utilizado para alimentar os animais. Essa é a razão pela qual, no agregado, os habitantes dos países mais pobres consomem menos de 500Kg de cereais por ano, enquanto os dos países mais ricos consomem entre 1.500Kg e 2.000 Kg.

Em relação aos danos causados pelos agrotóxicos na saúde humana, o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) identificou no ano de 2002 que os agrotóxicos representaram a principal causa de letalidade por intoxicações (2,4% dos casos). Segundo a OMS, estima-se que ocorram cerca de três milhões de intoxicações agudas por agrotóxicos anualmente no mundo, provocando um total aproximado de 220 mil mortes (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, 2005). Estima-se que 35% dos casos de câncer na população norte-americana têm origem na dieta, sendo os pesticidas presentes nos alimentos os maiores responsáveis (STOPELLI; MAGALHÃES, 2005). Estudos no Brasil também identificaram a relação entre o uso de agrotóxicos e diversas doenças (KRUSE; SIQUEIRA, 2008).

A respeito da contaminação por agrotóxicos nos alimentos, tem-se resultados do Programa de Análises de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA) da ANVISA. O programa lançou recentemente (junho de 2010) dados da pesquisa realizada em 2009 com monitoramento de 20 culturas em 26 estados do Brasil. Das 3130 amostras analisadas, 29% apresentavam algum tipo de irregularidade: resíduos de agrotóxicos acima dos limites permitidos ou uso de substâncias ativas não autorizadas para aquela cultura. Os alimentos com mais irregularidades foram o pimentão, a uva, o pepino e morango, com respectivamente 80%, 56,4%, 54,8% e 50,8% das amostras insatisfatórias (ANVISA, 2010).

Além dos agrotóxicos, outras substâncias químicas utilizadas na produção de alimentos possuem potencial tóxico, tais como os antibióticos de uso animal, apontados por Ho *et al* (1988) como responsáveis pela diminuição da eficácia dos antibióticos em seres humanos, devido à resistência biológica.

Outros processos realizados pela indústria de alimentos trazem riscos à saúde pública, tal como o uso de aditivos químicos sintéticos, relacionados como fator contribuinte na causa de alguns tipos de câncer e de hipersensibilidade não específica, em especial rinite, urticária e

angioedema. Antioxidantes sintéticos, corantes e conservantes são considerados fatores de risco para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças (POLÔNIO; PERES, 2009). Além destas questões, as tecnologias de melhoramento genético, com base na biotecnologia e a nanotecnologia¹⁵, com patenteamento dos seres vivos, objetivam promover uma “segunda Revolução Verde”, com transformações no sistema mundial de produção de alimentos (AZEVEDO, 2006, p. 37).

A partir dessas considerações percebe-se que o padrão agropecuário moderno traz graves consequências para a saúde pública, gerando crises que podem ser compreendidas nas dimensões econômica, social, ambiental e cultural. Em relação ao aspecto econômico a superprodução afeta a atividade produtiva, em especial a agricultura familiar, já que reduziu a necessidade da força de trabalho, sendo esta a dimensão social. Na dimensão ambiental, há grandes prejuízos à natureza, devido ao uso indiscriminado dos recursos naturais (LAMARCHE, 1993 *apud* AZEVEDO, 2004). Por fim, na dimensão cultural, houve grande impacto com a padronização dos modos de vida rural e urbano, sendo que:

O Padrão Técnico Moderno não levou em consideração os saberes agrícolas tradicionais e a racionalidade ecológica dos agricultores. Essa racionalidade sempre foi ajustada à complexidade de cada meio rural e remete à identidade cultural construída pelos agricultores a partir do seu ambiente (AZEVEDO, 2004, p.39).

O PARADIGMA NUTRICIONAL

Diante dos aspectos anteriormente abordados, em relação ao paradigma da saúde e as questões que constituem a crise alimentar, a ciência da Nutrição está igualmente inserida no modelo biologicista, com foco na doença e no risco, fazendo com que suas práticas sejam dedicadas a intervenções de caráter restritivo, como apontam diferentes autores. A profissão do nutricionista tem origem nos hospitais, apoiando

¹⁵ Manipulação da matéria viva em escala nanométrica, sendo desenvolvida na área de alimentação através de técnicas de “comidas nutracêuticas”, como proteínas para administração de medicamentos (ZAMBERLAM, 2003, p.9)

o médico na elaboração de dietas, constituindo assim uma prática curativa individual (COSTA, 1999). A prática clínica do nutricionista tem predominância no discurso normativo, comum ao discurso médico, com base em regras originadas da perspectiva higienista do século XVIII (OLIVEIRA *et al*, 2008).

Os autores resgatam nas obras de Foucault que tal discurso é envolvido pelas questões de poder e destacam ainda que tal discurso está estreitamente vinculado ao saber científico, negando outros tipos de saberes.

Bosi¹⁶ (1994), em sua publicação denominada “A Nutrição na concepção científica moderna: em busca de um novo paradigma”, contribui para reforçar a afirmação supramencionada, ao identificar os elementos centrais da visão dominante na Nutrição:

- Visão reducionista do Homem: parte do indivíduo em seus aspectos orgânicos, desconsiderando o social-histórico e a singularidade dos mesmos: “Ao alimentar-se, o homem não é uma máquina que consome calorias: muitas outras energias são mobilizadas nesse ato *natural*”;
- Análise da relação homem/alimento é parcial e fragmentada, dificultando a integração das partes e a compreensão da totalidade;
- Normatização dos indivíduos, padrão que serve de base para cálculos de consumo alimentar, gastos energéticos, etc;
- Naturalização dos problemas nutricionais, em que a determinação social é basicamente monocausal, sem considerar a historicidade e os diferentes níveis de determinação;
- Intervenções com predominância para os efeitos, ligados aos processos biológicos, o que oculta a análise das causas e leva ao enfoque curativo das práticas (BOSI, 1994, p.36);

¹⁶ Em outro trabalho Bosi (1988) identificou alguns aspectos referentes à formação profissional que podem ter levado à construção do que a autora chamou de *visão dominante*. Entretanto, neste projeto não nos dedicamos a uma análise da formação do profissional, mas sim da sua prática.

Dezesseis anos se passaram desde a realização daquele trabalho e fica a dúvida de o quanto se avançou em relação às práticas em Nutrição. Essa visão ainda é a dominante ou a visão holística e ampliada cresceu? Ferreira e Magalhães (2007) consideram que, a partir da análise de currículos de graduação em Nutrição, a formação é deficiente na abordagem de questões políticas, socioeconômicas e culturais, o que repercute na análise crítica a respeito da conjuntura alimentar e na atenção à saúde. Oliveira *et al* (2008) consideram que “o modelo voltado para o alimento e para a doença esquece o sujeito, suas crenças, sua história. A ausência dessa compreensão resulta em um profissional frio e divorciado das questões sociais” (OLIVEIRA *et al*, 2008, p.183).

A respeito do conceito de alimentação saudável, Azevedo (2008) aponta que este é historicamente permeado pelo *risco*. A autora concorda com Beardsworth & Keil (1997), os quais denominaram esse processo de racionalização e medicalização da dieta, considerando que o modelo de alimentação racional, restritivo e dietoterápico tem forte influência sobre a percepção da sociedade:

É possível perceber a tendência de considerar uma dieta saudável aquela que inclui alimentos *light* e *diet*; com baixa densidade energética; restrita em gordura e proteína de origem animal, sal e açúcar; rica em frutas, verduras e alimentos funcionais e complementos à base de fibras e micronutrientes. O aspecto restritivo desse enfoque segue o conceito de dieta saudável dentro da abordagem energético-quantitativa, e acompanha as modificações no estilo de vida moderno e urbano (AZEVEDO, 2008, p.720).

A mesma autora considera ainda que o conceito de dieta saudável é influenciado por fatores relacionados aos campos político e científico. Outra nutricionista, Nestle (2002), reforça o papel da indústria alimentícia e do *marketing* na construção do conceito de alimento saudável. Azevedo compactua com tal influência quando afirma que esses elementos “manipulam a pesquisa científica e os hábitos dos consumidores e definem, sob critérios questionáveis, o conceito de dieta saudável” (AZEVEDO, 2008, p.720).

Em outra publicação mais recente, Azevedo (2009a) explora o campo das controvérsias científicas da pesquisa em Nutrição e as diferentes arenas que se formam ao redor dessa área de pesquisa. Ao se

debruçar sobre o conceito de alimento saudável, a autora destaca elementos que interferem em tal construção, como as divisões políticas e transnacionais, as divisões científicas e institucionais, além de um campo subjetivo de diversidade de estilos de pensamento que envolve os especialistas. Além da ciência, o estudo reconheceu também a mídia como uma fonte de obtenção de conhecimento entre os especialistas que influencia nessa construção. Por fim, com base nas noções de democratização da ciência, a pesquisa ressaltou o papel do consumidor leigo em debates futuros sobre a construção do que é um alimento saudável.

Entre os autores que trabalham com a subjetividade nas discussões da Nutrição, bem como o campo de representações, valores e crenças que envolvem o ato de se alimentar, Garcia (1997a) ressalta que as necessidades humanas vão além das nutricionais, ao considerar aquelas do ponto de vista sócio-cultural que envolve o ato de se alimentar:

A idéia de que o que é gostoso de se comer pode ser perigoso para a saúde vem acompanhada da valorização de um estilo de vida saudável, do corpo atlético, que impõe um novo gênero de vida regrada. O cumprimento de uma nova pauta de cuidados que envolvem principalmente a alimentação e a atividade física, determinará os riscos de vida a que estamos sujeitos, provocando mudanças significativas na nossa relação com a comida (GARCIA, 1997a, p.53).

A prática do nutricionista é fortemente influenciada por estas questões. Oliveira *et al* (2008) realizaram estudo com pacientes obesos atendidos em ambulatório de nutrição, com objetivo de compreender as distintas percepções da conduta nutricional:

A idéia de 'indivíduo normal' está construída a partir de médias da espécie humana e do imaginário social, determinado pelo contexto social, em que a cultura vigente atribui como normalidade o modelo idealizado biossocial e cultural com medidas antropométricas pré-determinadas: quer seja a curvatura da cintura, a altura em relação ao peso. No entanto, o discurso do profissional é a via que comunica a autorização

ao paciente para que ele (re) signifique seu corpo enquanto uma entidade enferma ” (OLIVEIRA *et al*, 2008, p.178).

Os autores referem que a ideia de anormalidade enquanto estigma, as representações de desordem ou desvio não são objeto de reflexão nos atendimentos nutricionais. E que: “este profissional se ocupa de uma questão que transcende o estado de saúde ou doença, porque diz respeito ao cotidiano do indivíduo e ao prazer relacionado ao ato de comer” (OLIVEIRA *et al*, 2008, p.178).

Os aspectos sócio-culturais da educação nutricional analisados por Freitas (1997), trouxeram reflexões necessárias a respeito da orientação nutricional. Foram consideradas duas distintas práticas de educação nutricional: aquela que leva em consideração os aspectos socioculturais, a história individual/familiar/grupal; e aquela a-histórica, a-temporal, cuja orientação seria verticalizada e uniforme. O seguinte exemplo da autora define de forma clara tal situação:

Na dietoterapia, o rigor de uma dieta equilibrada em nutrientes, é um *locus* fora das necessidades do desejo, do prazer e da compreensão. O paciente, no sentido adjetivo do termo, situa o tempo provisório do sacrifício e incorpora explicações. Em estado de hipertensão, por exemplo, a retirada do *sal da vida*, rompe vertiginosamente com este tempo provisório e a existência toma outros significados. Estigmatizados e *castigados* pela dieta, a comida é dissociada do prazer e o corpo necessita buscar outras motivações, outros gostos, para restauração da vida [Grifos da autora] (FREITAS, 1997, p.48).

Em trabalho mais recente a autora coloca que na conduta normativa o paciente tende a receber a dieta como se esta fosse uma “receita medicamentosa” e que: “os nutrientes organizados como um receituário dietético faz oposição à cultura, hábitos, valores culturais do comer” (FREITAS *et al*, 2008, p.211). O discurso normativo dissociado de um caráter mais humano das práticas de cuidado, acaba vinculado a prescrições restritivas que reforçam o “vigiar e punir”. A dieta restrita não consegue superar a dicotomia entre o prazer de comer, os

sentimentos de culpa e outros aspectos simbólicos que envolvem a relação entre o nutricionista e o paciente (OLIVEIRA *et al*, 2008, p.178).

Dessa forma percebe-se que há de se avançar na inserção de diferentes olhares para o cuidado nutricional, seja na prática clínica hospitalar, seja na atenção primária à saúde.

CAPÍTULO 2: UMA VISÃO AMPLIADA DA SAÚDE E DA NUTRIÇÃO

UMA VISÃO AMPLIADA DA SAÚDE: A SAÚDE COLETIVA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os debates em torno da crise da saúde geraram no Brasil a mobilização de diversos setores, que organizados formaram o Movimento Sanitário, com início na década de 1970. O foco seria a oposição ao complexo médico industrial e a conquista da saúde para todos, enquanto dever do Estado. Em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contou com intensa participação popular (DA ROS, 2003).

Dentre os avanços, vale citar a legitimação do conceito ampliado de saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida,... A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BRASIL, 1986).

A partir da 8ª Conferência formou-se uma comissão nacional da reforma sanitária com papel de assessorar a elaboração da Constituição Brasileira em 1988, e a criação do SUS¹⁷ em 1990, cujos princípios são a universalidade, equidade e integralidade (DA ROS, 2003).

¹⁷ Leis Orgânicas 8.080 e 8.142.

Para Luz (1991), a percepção da saúde como direito de cidadania foi um marco e ao mesmo tempo, um fato novo para a história das políticas sociais brasileiras, e que esta conquista implicaria em: “uma visão desmedicalizada da saúde, na medida em que subentende uma definição afirmativa (positiva), diferente da visão tradicional, típica das instituições médicas, que identifica saúde com ausência relativa de doença” (LUZ, 1991, p. 147).

Apesar da fragilidade do contexto nacional na década de 1990, algumas iniciativas têm início como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e, posteriormente (1994), com a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), fruto da necessidade de haver uma reorientação da atenção básica. De acordo com Sousa (2007), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) está fundada em uma nova ética social e cultural, com foco na promoção da saúde e qualidade de vida, sendo desta forma, uma decisão política de fortalecimento da atenção básica e do SUS.

Costa *et al* (2009), ao fazer uma análise das possibilidades e limites da ESF no Brasil, consideram que:

Apresentar o PSF, como uma proposta de reorientação do cuidado à saúde, é enfrentar o desafio de construir novas bases para o desenvolvimento de novas práticas sanitárias. É colocar um desafio ainda maior de desconstruir as matrizes de um modelo assistencial perverso, sob os quais, trabalhadores e gestores de saúde, governantes e a própria população estão inseridos. É colocar em pauta na agenda da saúde da população brasileira conceitos como: vínculo, acolhimento e cuidado no contexto de uma atenção sanitária humanizada e humanística. Este desafio de desconstrução implica muito labor, mas a vantagem da superação destes desafios leva à transformação da realidade e à construção de práticas de saúde solidárias, acolhedoras e conseqüentemente mais efetivas e resolutivas (COSTA *et al*, 2009, p.117)

No contexto internacional, na década de 1970 os países desenvolvidos começam a repensar o seu modelo de saúde. Destaca-se o movimento de reformulação do sistema de saúde do Canadá, divulgado

através do Informe Lalonde (1974), e seu enfoque para a Promoção da Saúde (BUSS, 2003). Em 1978 é lançada a Declaração de Alma-Ata, a qual universaliza a recomendação de estruturar os sistemas nacionais de saúde através da atenção primária à saúde que progressivamente vem sendo colocada em prática em diferentes países.

Com a realização da I Conferência Internacional sobre PS (Canadá, 1986) apontou-se para uma nova leitura do tema, em que o foco torna-se os determinantes sociais da saúde, conforme apresentado no conceito publicado na Carta de Ottawa: [Promoção da saúde é o] “Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BUSS, 2003, p.19).

A Carta de Ottawa preconiza também cinco campos de ação para a PS, a saber: a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde; o reforço da ação comunitária; o desenvolvimento de habilidades pessoais e, por último, a reorientação do sistema de saúde.

No Brasil, a PS foi destacada na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e, posteriormente em 2006, com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), cujo objetivo é o fortalecimento de ações com enfoque nos determinantes sociais do processo saúde-doença (BRASIL, 2006c).

Em contrapartida, alguns autores colocam que a PNPS ainda mantém a linha preventivista, como foco na mudança de estilo de vida (MOREIRA; BARREIROS, 2006). Carvalho e Gastaldo (2008) pontuam que há uma tendência *behaviorista* no ideário da Promoção da Saúde, que esteve predominante no período de 1970. Nesse sentido, conceitua o empoderamento psicológico, no qual as ações ainda estariam centradas no fortalecimento individual, como as estratégias de auto-ajuda, entre outras. O autor traz a reflexão de que há uma necessidade de olhar crítico para: “o uso reducionista de estratégias e ações de empoderamento que levam muitas vezes à culpabilização das vítimas de mazelas sociais ao hiperdimensionar a responsabilidade individual sobre os problemas de saúde” (CARVALHO; GASTALDO, 2008, p.2032).

O termo em inglês *empowerment*, traduzido como “empoderamento”, representa o processo no qual indivíduos e comunidades assumem um papel de protagonistas na transformação de seu ambiente social e político com vistas a atingir a equidade e melhorar a qualidade de vida (WALLERSTEIN, 1992).

Em contrapartida, alguns autores esclarecem que é necessária uma real definição: de que Promoção da Saúde se está falando? E de que conceito de empoderamento? Para Vasconcelos (2004) um dos aspectos essenciais do *empowerment* é colocado na ação local, com vistas a fomentar a articulação social e contextualizar a opressão enquanto fenômeno histórico, estrutural e político. Resende (2008) considera que nos últimos quinze anos houve um fortalecimento da perspectiva socioambiental, centrada na equidade e justiça social, em especial sob influência de Paulo Freire, para a construção do *empoderamento comunitário*, e que o autor denomina de *empoderamento social*, com enfoque para a luta pelos direitos sociais.

Entretanto, Carvalho & Gastaldo (2008) consideram que apesar de tais avanços na concepção da PS, as controvérsias ainda podem estar presentes na elaboração de políticas de saúde:

A incorporação pela vertente socioambiental de Promoção à Saúde de conceitos como empoderamento e do modelo explicativo da determinação social do processo saúde/doença constitui, para muitos, um avanço em relação ao projeto behaviorista que lhe antecedeu. O reconhecimento quase unânime deste avanço não impede, no entanto, que ocorram importantes dissensos em relação ao sentido e significados das premissas, diretrizes e estratégias da Promoção à Saúde socioambiental, para a implementação de um projeto sanitário comprometido com a equidade social e a produção de sujeitos autônomos e solidários (CARVALHO; GASTALDO, 2008, p.2031).

Algumas linhas de pensamento, convergentes com a saúde coletiva e a promoção da saúde, permitem uma maior abrangência epistemológica e cultural da discussão precedente, aumentando o escopo do debate a respeito da ampliação da visão de saúde e de nutrição. Uma delas aponta para o entendimento de outras possíveis *racionalidades nutricionais*, a partir dos estudos pioneiros de Luz (1993), sobre racionalidades médicas. O reconhecimento, valorização e estudo do que mais adiante é descrito e designado como “nutrição complementar integrada” pode ser uma contribuição e um primeiro passo para a futura caracterização de diferentes racionalidades nutricionais, a diversificarem

as possibilidades de entendimento e ação na área da nutrição e da saúde coletiva, e assim relativizarem o modelo dominante. Também outras linhas de pensamento e ação (profissional e na saúde coletiva) podem e devem ser associadas às já mencionadas, como a incorporação do conceito de segurança alimentar e nutricional, além da agroecologia. Parte-se da hipótese de que da sua confluência e enriquecimento mútuo, com significativa sinergia cultural, epistemológica e política, pode enriquecer o saber e a prática profissional (dos nutricionistas, particularmente no SUS) e a pesquisa na interface saúde coletiva-nutrição. A seguir essas linhas serão brevemente discutidas.

RACIONALIDADES MÉDICAS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Madel Luz se debruçou a respeito de questões sócio-políticas, culturais e epistemológicas da saúde, de forma a construir o que hoje chamamos de Racionalidades Médicas. Antes, é preciso compreender de que forma é entendido o termo “racionalidade”:

Deve ser conservada aqui a categoria de *racionalidade*, já que ela está mais próxima do conceito de “racionalidade científica” e de *ciência* como forma de conhecimento privilegiado na ordenação da história e da vida, em todas as suas manifestações [grifos da autora] (LUZ, 1988, p.29).

A categoria Racionalidade Médica foi criada por Luz apoiando-se na teoria de tipo ideal de Weber (LUZ, 2007a), e pode ser caracterizada, independente de seu paradigma, “por sintetizar em uma atividade (*práxis*), uma arte de curar doentes (*tekné*) e um conhecimento ou ciência de doenças (*gnose, episteme*)” (LUZ, 1993, p.11). É, assim, entendida como um conjunto integrado de práticas e saberes composto pelas seguintes dimensões: cosmologia, morfologia humana, dinâmica vital, sistema de diagnose, sistema terapêutico e doutrina médica. A partir destas dimensões foi possível analisar outras racionalidades médicas, além da biomedicina, quais sejam: a Medicina Ayurveda, a Medicina Tradicional Chinesa e a Homeopatia, enquanto sistemas comparados (Quadro 1):

Quadro 1: Quadro comparativo das racionalidades médicas

Racionalidades médicas	COSMOLOGIA	DOCTRINA MÉDICA	MORFOLOGIA	FISIOLOGIA	SISTEMA DIAGNÓSTICO	SISTEMA TERAPÊUTICO
Medicina ocidental contemporânea	Física Newtoniana implícita	Causalidade da doença	Sistemas orgânicos	Fisiopatologia e fisiologia dos sistemas	Anamnese, exame físico e complementares	Medicamentos; cirurgia; higiene
Medicina homeopática	Cosmologia ocidental tradicional e clássica	Força vital e seus desequilíbrios	Organismo material, energia vital animadora	Fisiologia energética, dos sistemas, do medica-mento	Anamnese do desequilíbrio; diagnóstico do remédio e da enfermidade	Medicamentos; higiene
Medicina tradicional chinesa	Cosmologia Chinesa	“Yin Yang” e cinco elementos	Meridianos; Teoria dos órgãos e vísceras	Sopros vitais (Qi); fisiologia dos órgãos; Yin Yang	Anamnese do desequilíbrio dos sujeitos e do Yin Yang	Higiene;exercícios; dietética;fitoterapia; massagens; acupuntura e moxabustão

Medicina Ayurvédica	Cosmologia indiana	cinco elementos e constituições humorais	Teoria dos vários corpos, e da constituição dos tecidos vitais	Fisiologia energética; equilíbrio do “tridosha”	Anamnese do desequilíbrio dos sujeitos e do “tridosha”; observação dos “8 pontos”	dietética; técnicas de eliminação; exercícios; massagens; fitoterapia; medicamentos
--------------------------------	-----------------------	---	---	--	--	--

Fonte: Adaptada de LUZ (1993, p.32).

A partir desse quadro comparativo, Luz (1993) mostra a possibilidade de compreensão de outras racionalidades, com distintos entendimentos do processo saúde-doença, considerados sistemas médicos complexos estruturados em uma cosmologia (base teórica e simbólica para as outras dimensões) e dotadas de uma racionalidade, diferente da medicina ocidental hegemônica (LUZ, 2007a). Estes sistemas também teriam em comum a constituição de saberes e práticas organizadas e demonstráveis empiricamente, seja por meio de tecnologias avançadas ou demonstração empírica tradicional. Dizem respeito a sistemas de certa forma institucionalizados, motivo pelo qual não foram analisadas pela autora as “terapias alternativas”/“medicinas complementares” ou sistemas médicos indígenas ou aqueles centrados em alguma religião (LUZ, 2007a).

Outros autores destacam a importância de articulação com outras racionalidades no setor saúde, como refere Menéndez (2003):

Se o setor saúde quer implementar um sistema de atenção de acordo com a realidade de um grupo social, deveria investigar as formas de atenção e cuidado e as representações sociais do processo saúde-enfermidade-atenção do grupo em questão, assim como a racionalidade dos diferentes curadores, o que permitiria desenvolver estratégias que articulem as diferentes racionalidades (MENÉNDEZ, 2003, p.188).

Esse autor considera que se partirmos dos comportamentos dos sujeitos e grupos a respeito de seu adoecimento, levando em consideração o contexto latino-americano com diferentes condições sociais, econômicas, étnicas, religiosas, observaríamos que as seguintes formas de atenção poderiam ser utilizadas pelos mesmos:

- a) Do tipo Biomédica, referidas a médicos da atenção primária e secundária para adoecimentos reconhecidos pela biomedicina. Estas se expressam através de instituições públicas e privadas. Dentro desta categoria devem ser incluídas formas antigas e marginais à biomedicina como a medicina natural, a Homeopatia e também distintas formas de psicoterapia;
- b) Do tipo popular e tradicional, expressas através de curandeiros especializados como erveiros, curandeiros, espiritualistas, xamãs, entre outros. Aqui também devem ser incluídas atividades curativas de grupos religiosos cristãos e outros;

- c) Alternativas: incluem curadores, bioenergéticos e novas religiões curativas de tipo comunitário;
- d) Oriundas de outras tradições médicas acadêmicas: Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Ayurvédica, etc.
- e) Centradas na autoajuda: Alcoólicos Anônimos, Associações de diabéticos, entre outros.

Essa classificação não impede a interrelação entre as práticas, como por exemplo, estar sob tratamento biomédico e fazer uso de acupuntura ou de plantas medicinais. Os sujeitos e grupos sociais constituem o agente que não somente usa as diferentes formas de cuidado, mas que as sintetiza, articula, mescla e justapõe, além de reconstituir e organizar uma parte destas em atividades de autoatenção. Essas se constituem não somente na forma de atenção mais constante, como o principal núcleo de articulação das diferentes formas de cuidado, as quais na maior parte dos casos, não poderiam funcionar completamente caso não estivessem articuladas com o processo de autoatenção (MENÉNDEZ, 2003). Desta forma, o autor considera que o biologicismo inerente à ideologia médica é um dos principais fatores de exclusão funcional dos fatores históricos, sociais e culturais e respeito do processo saúde-doença e de outras formas de atenção consideradas pela biomedicina como formas culturais e conseqüentemente excluídas ou ao menos marginalizadas (MENÉNDEZ, 2003).

Segundo o *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) as MAC são definidas como um grupo de sistemas médicos e de cuidado à saúde que não são presentemente considerados parte da biomedicina. Luz (2007) aponta que o termo foi criado pela OMS em 1962 como: “prática tecnologicamente despojada de medicina, aliada a um conjunto de saberes médicos tradicionais”.

O NCCAM (2008) propõe a seguinte subdivisão das MAC: sistemas médicos alternativos (homeopatia, medicina ayurvédica, medicina tradicional chinesa); intervenções mente-corpo (meditações, orações); **terapias biológicas** (fitoterapia, **alimentos** e suplementos naturais); terapias energéticas (reiki, bioenergia, entre outros); e por fim os métodos de manipulação corporal e baseados no corpo (massagens, exercícios).

Segundo Bodeker e Kronenberg (2002) 50% das pessoas dos países desenvolvidos utilizam as MAC/MT, incluindo as medicinais indígenas, e nos países em desenvolvimento as MAC representam uma forma de cuidado de mais de 80% da população. Atualmente, é

observável um crescimento das MAC, fato considerado por Menéndez (2003) como uma possível reação a determinadas características da biomedicina. Luz (2007a) considera que a incorporação de sistemas tradicionais, à exemplo da Medicina Tradicional Chinesa e a Ayurvédica, bem como a revalorização de medicinas populares ou *folk* foi um movimento de grande evidência no Brasil e países da América Latina desde a década de 1980. A autora classifica as medicinas alternativas presentes nos países latinos: medicina tradicional indígena, medicina afro-americana e medicinas alternativas derivadas de sistemas médicos complexos (como a Medicina Chinesa e a Ayurvédica).

De acordo com Tesser & Luz (2008, p.203): “o SUS constitui-se em *locus* privilegiado de desenvolvimento da expansão dessas outras racionalidades médicas e de sua integralidade”. No Brasil, a institucionalização dessas abordagens iniciou-se a partir da década de 1880, com a criação do SUS. A partir da descentralização e participação popular, os gestores passaram a ter mais autonomia e surgem experiências pioneiras (BRASIL, 2006a).

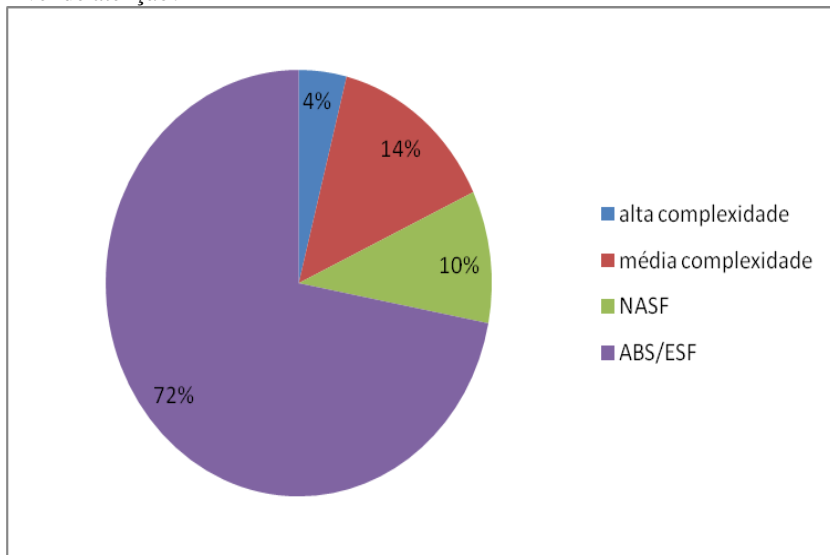
Segundo pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2004, 232 municípios ofereciam algum tipo de prática complementar em seus serviços públicos de saúde, sendo que as práticas mais utilizadas eram: Reiki, Lian Gong, Fitoterapia, Homeopatia e Acupuntura (BARROS; SIEGEL; SIMONI; 2007).

Em maio de 2006 foi editada pelo Ministério da Saúde brasileiro a Portaria 971, a qual cria a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), incluindo na Atenção Primária práticas de Medicina Chinesa/acupuntura, Medicina Antroposófica, Plantas medicinais e Fitoterapia, Homeopatia e Termalismo social/ Crenoterapia, e que seriam desenvolvidas nas Unidades de Saúde por profissionais da área.

A edição da Portaria 971 pode ser considerada uma conquista, na medida em que reconhece o uso e aplicação de tais práticas e permite o acesso a este tipo de serviço pelo SUS. Esta, enquanto movimento de legitimação de outras racionalidades médicas no SUS, é uma importante estratégia de ampliação do princípio da integralidade (TESSER; LUZ, 2008).

Simoni, Benevides e Barros (2008) avaliaram os avanços nos dois anos seguintes da aprovação da PNPIC. A figura abaixo ilustra a distribuição das PIC nos níveis de atenção, mostrando que a sua maior presença se dá na atenção primária à saúde:

Figura 1: As Práticas Integrativas e Complementares estão inseridas em qual nível de atenção?



Fonte: Adaptado de Simoni; Benevides; Barros (2008, p.72).

A partir da avaliação dos resultados da implantação da PNPIC, os autores consideram que a publicação da Portaria 971 ampliou a oferta das PIC em vários municípios, orientando sua inserção na APS. Para os autores a PNPIC torna o Brasil uma referência neste âmbito. Porém, diversos desafios são lançados para o fortalecimento da estratégia no SUS, dentre eles a viabilização e qualificação dos profissionais; monitoramento e avaliação da PNPIC; viabilização de recursos para insumos necessários às PIC; e investimento em pesquisas sobre o tema (SIMONI; BENEVIDES; BARROS, 2008).

UMA VISÃO AMPLIADA DA NUTRIÇÃO

Existem muitas dimensões que precisam ser consideradas para compor uma nova e legítima visão ampliada da Nutrição contemporânea. Alguns autores e movimentos políticos vêm contribuindo para mudar a perspectiva dominante calórico-quantitativa que embasa a noção moderna do que é uma dieta ou um alimento adequado e saudável, a partir de diferentes dimensões e estudos.

Bosi (1994) afirma que são inegáveis as contribuições que a saúde pública traz neste processo, em especial na afirmação dos variados determinantes sociais que interferem no acesso a uma dieta saudável, bem como na tentativa de reorientação das práticas. Em contrapartida, a autora faz um alerta aos limites dessa contribuição:

Entretanto, se essa produção se apresenta como uma importante contribuição à superação da redução operada pela visão estritamente biológica, em muitos casos ela ainda se distancia de uma visão holística em nutrição na medida em que despreza outros conteúdos implícitos no fenômeno; noutras palavras, o fato de a vertente social ter grande poder explicativo dos determinantes sociais, não quer dizer que englobe tudo (BOSI, 1994, p.40).

Há de se adaptar tal trabalho face ao transcorrido desde sua publicação. Entretanto, tais questionamentos são atuais, na medida em que a autora afirma que uma concepção holística da Nutrição deveria considerar que: i) Os seres humanos são heterogêneos e que a normalidade¹⁸ e os padrões deveriam ser relativizados; ii) Alimentar-se é mais do que o ato biológico, está neste ponto a riqueza da relação homem/alimento; iii) A nutrição é um fenômeno multidimensional, e os laços com a cultura e os aspectos simbólicos são essenciais; iv) Os problemas nutricionais têm repercussão na sociedade e no meio ambiente, sendo necessária a perspectiva ecológica (BOSI, 1994).

A abordagem das ciências humanas traz contribuições necessárias para repensar a relação entre o nutricionista e o paciente (FREITAS *et al*, 2008); acredita-se que elas podem também ajudar a renovar a perspectiva dominante da Nutrição. Esses autores propõem uma leitura humanista dessa ciência, na qual o profissional levaria em conta as representações e interpretações do sujeito da sua alimentação, seu corpo e sua realidade. Para que isso ocorra, os autores destacam a urgente necessidade de diálogo entre diferentes disciplinas, com o olhar das ciências humanas e da saúde para os profissionais da Nutrição, com

¹⁸ O conceito de “normalidade” foi definido por Canguilhem (2007) e representa uma oposição ao que seria o patológico, criando padrões de normalidade para os indivíduos. Tal conceito faz parte da lógica biomédica predominante.

vistas a gerar outra interpretação e compreensão da cultura alimentar e suas representações sociais (FREITAS *et al*, 2008). A relação entre o ser humano e o alimento vai além do seu simples consumo, pois constitui o chamado comportamento alimentar, formado pelos aspectos produtivos, de seleção e preparo até os aspectos simbólicos (GARCIA, 1997b).

Além de tais questões, tem-se a contribuição da própria educação em saúde, considerando a abordagem da educação popular e emancipadora fundamentada nos trabalhos de Paulo Freire (OLIVEIRA *et al*, 2008). Os autores consideram ainda que a educação nutricional entendida nessa perspectiva se revela como uma ferramenta eficiente no tratamento de diversas patologias associadas à nutrição, como a obesidade, “na medida em que faz do sujeito um coautor no processo terapêutico, construído a partir de uma relação de trocas, compreensão e respeito à cultura e ao ser humano” (OLIVEIRA *et al*, 2008, p.188). Essa é uma dimensão que precisa de atenção urgente para que o nutricionista desenvolva instrumentos para promover uma proposta de educação nutricional no SUS que siga os princípios de respeito aos diferentes saberes e de construção coletiva de conhecimento.

Em relação às políticas de saúde, destacam-se o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nos quais a participação de nutricionistas permite a inserção deste profissional na atenção primária. Tal atuação ainda precisa ser melhor definida, para que supere as perspectivas meramente intervencionistas de mudança de hábitos alimentares, sem resultados satisfatórios. Nada obstante, a inserção de nutricionistas na APS, com uma visão ampliada de saúde e conceito de alimento saudável, tem o potencial de promover a integralidade, a perspectiva da promoção da saúde e da intersetorialidade, com vias a superação da relação hierárquica entre profissional e usuário e para o fortalecimento da cidadania alimentar (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

Outro movimento já mencionado e que merece realce é o da SAN, no qual é esperado que os nutricionistas atuantes na Saúde Coletiva tenham forte engajamento. A definição do conceito de SAN foi caracterizada pelo CONSEA:

Segurança Alimentar e Nutricional é a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas

alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (CONSEA, 2004).

A política de SAN deve abranger dois componentes básicos (CONSEA, 2004): i) Componente alimentar: relacionado à disponibilidade, produção, comercialização e acesso ao alimento; ii) Componente nutricional: relacionado às práticas alimentares e à utilização biológica do alimento.

O conceito de SAN enriquece o debate em torno da visão ampliada da alimentação e da saúde, na medida em que articula diversas estratégias, haja vista ser um tema de caráter essencialmente intersetorial. Aqui se almeja trazer alguns conceitos chaves na compreensão da SAN enquanto ferramenta de promoção da alimentação saudável no SUS, o que se torna elementar para as reflexões acerca da atuação do nutricionista na área. Considera-se que o entendimento sobre a SAN e sua definição de alimento adequado e saudável pode contribuir para a discussão de outras racionalidades nutricionais e da Nutrição Complementar Integrada. A definição de alimentação adequada¹⁹ e saudável difundida pelo Ministério da Saúde engloba as necessidades biológicas e sociais da população, devendo ser acessível, saborosa, variada, colorida e segura microbiologicamente; porém o conceito incorpora ainda as questões que envolvem a consideração da cultura alimentar, dos alimentos regionais e das questões afetivas ligadas às práticas alimentares (BRASIL, 2007a). O grupo de trabalho do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA) construiu um conceito semelhante ao do Ministério da Saúde, mas que amplia o conceito inserindo questões como a garantia de acesso regular e permanente ao alimento, atendendo também “às dimensões de gênero e etnia e às formas de produção ambientalmente sustentáveis, livre de contaminantes físicos, químicos e biológicos e de organismos geneticamente modificados” (CONSEA, 2007, p.20).

Como se pode perceber, a área da SAN está entrelaçada aos aspectos da produção e acesso aos alimentos. Desta forma, o debate sobre formas produtivas sustentáveis está em pauta. Na III Conferência Nacional de SAN (2007) obteve-se como uma das prioridades: “o apoio à agricultura familiar e ao agroextrativismo com incorporação da

¹⁹ Incorporado no conceito de alimentação saudável após o fortalecimento da discussão de SAN e da perspectiva do Direito Humano à Alimentação Adequada.

Agroecologia nas políticas de desenvolvimento rural” (CONSEA, 2007, p.13).

Historicamente, foi por meio de Campanhas promovidas pelo IBASE, como a Ação da Cidadania, no período de 1980 a 1990, que as políticas de SAN no Brasil ganharam força. Entretanto, durante o Governo Collor as políticas da área social tiveram um retrocesso. No Governo Itamar Franco a SAN veio a ser abraçada, com a criação do CONSEA em 1993 (MENEZES, 2001). A primeira Conferência Nacional de SAN foi em 1994, cuja principal conquista foi o reconhecimento de que o desenvolvimento econômico e social do país envolve diretamente a garantia da SAN, com articulação entre sociedade civil e governo (MENEZES, 2001). Nesta primeira Conferência foram construídos os eixos norteadores de uma política de SAN, os quais seriam ampliar as condições de acesso à alimentação e reduzir o custo dos alimentos e seu peso no orçamento familiar; assegurar saúde, alimentação e nutrição a grupos populacionais determinados; e assegurar a qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos e seu aproveitamento, estimulando práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.

Porém, no início do Governo Fernando Henrique Cardoso foi criado o Programa Comunidade Solidária e o CONSEA foi extinto. Somente em 2003, no Governo Lula, é realizada a segunda Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (2004), a partir da recriação do CONSEA, em 2003. Nesse momento histórico houve a criação do Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e do Programa Fome Zero. Começaram a ser estruturados os CONSEAs estaduais e municipais, a fim de buscar a intersectorialidade e a participação popular. Em 2006 foi editada a Lei Orgânica de SAN - LOSAN²⁰, que cria o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN):

A alimentação adequada é um direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a

²⁰ Lei 11.346/06.

segurança alimentar e nutricional da população (BRASIL, 2006b).

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e a Soberania Alimentar fazem parte dos princípios da Política Nacional de SAN. Valente (2002) considera que o Direito à Alimentação é um dos direitos humanos mais básicos, pois sem o mesmo não há direito à própria vida.

Nesse contexto situa-se a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), proposta implementada pelo setor da saúde como parte integrante da Política Nacional de Saúde, cujo propósito é a “garantia da qualidade dos alimentos colocados para o consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais” (BRASIL, 2003, p. 17). Entende-se caber ao Estado e à sociedade respeitar, proteger e facilitar ações para permitir a todos se alimentarem de forma digna e indicando que a realização plena da segurança alimentar extrapola a área da saúde, exigindo uma intervenção intersetorial (BRASIL, 2000).

A PNAN, homologada em 1999, integra a Política Nacional de Saúde e tem como fundamentos a garantia e promoção da SAN e o reconhecimento da responsabilidade do Estado e da sociedade civil pela concretização do DHAA (BRASIL, 2004). A amplitude da PNAN no contexto da SAN requer um delineamento de uma política que se materializa em diferentes programas e ações de forma articulada com todos os setores, nos níveis federal, estadual e municipal, assim como a sociedade civil organizada. Para alcançar o propósito da PNAN e assegurar a concretização do DHAA são definidas as seguintes diretrizes programáticas:

1. Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos;
2. Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos;
3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional;
4. Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;
5. Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e doenças nutricionais;
6. Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação;

7. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição (BRASIL, 2003, p.7).

Outro grande avanço na área de políticas públicas intersetoriais é a Política Nacional de Alimentação Escolar que trabalha com diretrizes comuns a SAN. A Lei 11.947, de 16 de junho de 2009, dispõe sobre a alimentação escolar e reconhece a alimentação enquanto Direito Humano. Além disso, a Lei dispõe que 30% dos gêneros adquiridos para a alimentação escolar devam ter origem na agricultura familiar local (BRASIL, 2009a).

Fica claro que, para concretização de políticas de Alimentação e Nutrição que considerem essencialmente a promoção da saúde no seu mais amplo sentido, faz-se necessário um olhar para a produção de alimentos socioambientalmente sustentáveis, aspecto presente inclusive no conceito de SAN. Essa afirmação conduz ao campo de estudos da Agroecologia que, entre muitos outros objetivos, se propõe a produzir alimentos sob essa desafiante perspectiva.

A AGROECOLOGIA

A Agroecologia se insere na discussão da agricultura sustentável que teve início no Brasil em torno de 1970-80, como estratégia para repensar o modelo de agricultura industrial e reverter seu impacto sócio-ambiental (ELICHER, 2002). Tal proposta, no Brasil, está incorporada ao termo assumido na legislação nacional “Agricultura Orgânica”, cunhado a partir da contribuição de diferentes formas de agricultura sustentável. Entre elas podemos citar a agricultura biodinâmica, desenvolvida por Rudolf Steiner na Alemanha e Áustria na década de 1920; a agricultura biológica na Suíça e Áustria, e a agricultura natural no Japão na década de 1930 e a agricultura orgânica nas décadas de 30 e 40 nos EUA, Grã-Bretanha e Índia (EHLERS, 1996 *apud* AZEVEDO, 2006).

A definição de agricultura orgânica, de acordo com a Lei 10.831 (2003) e o Artigo 2º do Decreto 6.323 (2007):

Considera-se sistema orgânico de produção agropecuária todo aquele em que se adotam técnicas específicas, mediante a otimização do uso dos recursos naturais e socioeconômicos disponíveis e o respeito à integridade cultural das

comunidades rurais, tendo por objetivo a sustentabilidade econômica e ecológica, a maximização dos benefícios sociais, a minimização da dependência de energia não-renovável, empregando, sempre que possível métodos culturais, biológicos e mecânicos, em contraposição ao uso de materiais sintéticos, a eliminação do uso de organismos geneticamente modificados e radiações ionizantes, em qualquer fase do processo de produção, processamento, armazenamento, distribuição e comercialização, e a proteção do meio ambiente (BRASIL, 2007, p.1).

Outra proposta também abarcada pelo conceito de Agricultura Orgânica, mas que não se resume a um modelo de agricultura sustentável é a Agroecologia. Segundo Caporal e Costabeber (2004), a Agroecologia permite a criação de processos de desenvolvimento rural sustentáveis, enfatizando princípios éticos de solidariedade. Além disso, diz respeito a um movimento dos camponeses em resgatar formas tradicionais de produção, coerentes com a natureza e como estratégia de manutenção do agricultor no campo.

Para Arl a Agroecologia seria definida da seguinte forma:

Processo de produção de alimentos em conjunto com a natureza, onde os(as) agricultores(as) possam desenvolver suas atividades sem agredir o ambiente, tornando-se independentes dos “pacotes tecnológicos”, visando não somente a sustentabilidade financeira, mas principalmente qualidade de vida. É a base para o desenvolvimento sustentável nos aspectos sociais, ambientais e econômicos, envolvendo as dimensões políticas, técnicas e culturais, em processos educativos e metodologicamente adequados, onde os(as) trabalhadores(as) assumem o protagonismo maior e aumentam seu poder de intervenção na sociedade, de forma organizada (ARL, 2007, p.6).

Apesar de não se ater somente ao modelo produtivo, o sistema adotado pela Agroecologia denomina-se Agricultura Ecológica. Para Azevedo (2004) a forma de produção e consumo dos alimentos

apresenta-se como estratégia de promoção da saúde; se o modelo produtivo adotado levar a degradação ambiental e a exclusão social e se contribuir para o desequilíbrio da natureza, não pode ser considerado como uma prática promotora da saúde, uma vez que tende a repercutir negativamente sobre a qualidade de vida de todos os seres vivos.

Alguns trabalhos, tal como de Rigon (2005), identificaram diversos potenciais da agricultura familiar ecológica na promoção da SAN local, através, entre diversos aspectos, da valorização da cultura alimentar local e de um enfoque holístico sobre a questão da relação produção – alimentação – nutrição – saúde dos agricultores. Outro trabalho, realizado no Estado do Paraná, mostrou os fortes laços entre a agricultura familiar ecológica e a promoção da saúde dos agricultores (NAVOLAR; RIGON; PHILIPPI, 2010).

A partir da perspectiva da SAN e das repercussões apresentadas sobre o sistema produtivo, percebe-se como é importante, nessa pesquisa, explorar o conhecimento dos nutricionistas que atuam na APS acerca das discussões que envolvem a origem dos alimentos e os aspectos socioambientais incorporados na definição de alimento saudável e adequado. Tal aspecto parece ainda mais relevante quando se percebe a opção pelos alimentos oriundos da agricultura familiar ecológica como uma postura política e sustentável, diante do quadro de degradação do meio ambiente e da cultura alimentar dos povos, bem como do agravamento das iniquidades sociais nos meios rural e urbano.

A NUTRIÇÃO COMPLEMENTAR INTEGRADA

Este termo origina de trabalho desenvolvido pelas nutricionistas Deise Lopes Silva e Soraya Terra Coury, em Brasília. O debate a respeito das práticas integrativas na Nutrição teve início em 2002, momento em que o Conselho Federal de Nutrição solicita às profissionais supracitadas um parecer das seguintes terapias: Acupuntura, Medicina Tradicional Chinesa, Fitoterapia, Oligoterapia, Iridologia, Florais e Homeopatia. Em 2003, o CFN em parceria com a Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN), realiza em São Paulo o I Seminário de Terapias Complementares, no qual foram debatidas as seguintes práticas: oligoterapia, fitoterapia, medicina chinesa, florais e iridologia. Um dos principais encaminhamentos do Seminário foi a criação de um Grupo de Trabalho Nacional sobre as terapias complementares e Grupos de Trabalhos regionais (CFN, 2003).

Segundo Silva *et al* (2007), ainda no ano de 2003 foi realizada reunião da categoria com oficinas abordando os temas da Fitoterapia, Suplementos e Medicina Tradicional Chinesa, sendo designado o termo *Nutrição Complementar*:

Integração de sistemas de nutrição tradicional e outras abordagens não convencionais com a Nutrição Científica incluindo: as abordagens dietéticas, dietoterápicas e fitoterápicas das medicinas tradicionais, da antroposofia, do naturalismo e vegetarianismo, dentro de uma visão holística e ecológica da Nutrição (SILVA *et al*, 2007, p.2).

A fitoterapia foi definida como prioritária para debater na categoria. No ano de 2005 é elaborada uma minuta de resolução para a prescrição fitoterápica pelos nutricionistas (KALLUF, 2007). Em 2007 a Resolução 402 é aprovada, autorizando a prescrição de fitoterápicos por tal profissional.

Nesse estudo as práticas de NCI apontam para outras racionalidades nutricionais, já que não fazem parte da visão dominante da Nutrição, ou seja, estão à margem da prática dos profissionais e não estão incorporados na estrutura curricular da graduação (COURY; SILVA; AZEVEDO, 2007).

As práticas complementares em Nutrição podem ser divididas em duas categorias, de acordo com sua origem epistemológica: os **Modelos Alimentares** que incluem àquelas vinculadas a práticas tradicionais, entre elas a alimentação ayurvédica, a dietoterapia na MTC, a macrobiótica e a alimentação antroposófica; as **Correntes Alimentares** que abarcam as tendências de alimentação que não apresentam um vínculo a alguma religião ou sistema tradicional (AZEVEDO, 2006). Destas últimas, serão abordadas o vegetarianismo, a alimentação viva, a nutrição funcional, a fitoterapia e o aproveitamento integral dos alimentos. A seguir são apresentadas algumas práticas, potenciais integrantes da categoria NCI. A descrição das práticas selecionadas destina-se a um breve esclarecimento a respeito do que tratam, não sendo objeto deste estudo um aprofundamento sobre cada uma delas.

Alimentação Ayurvédica

A Medicina Ayurveda é desenvolvida há mais de cinco mil anos na Índia, sendo o mais antigo sistema médico de que se tem conhecimento. *Ayur* significa vida e *veda* conhecimento, Ayurveda é considerada a ciência da vida. Neste sistema o equilíbrio do corpo é vinculado aos biotipos, que seriam três tipos básicos de energia, presentes em tudo e em todos. Estes são denominados *doshas*: *Vata*, *Pitta*, *Kapha*. Os *doshas* referem-se às características de cada indivíduo e na sua relação com o ambiente. Todos os indivíduos têm uma combinação exclusiva de *Vata*, *Pitta* e *Kapha*. Em alguns, um dos *doshas* é predominante, outros possuem a predominância de dois *doshas*. Desta forma, o desequilíbrio destas energias, devido a excesso ou deficiência de *Vata*, *Pitta* ou *Kapha* é que pode levar o indivíduo a uma doença (LAD, 2007).

A dieta na Medicina Ayurvédica é considerada fundamental para uma vida saudável. Outras práticas como a yoga, os exercícios respiratórios e a prática espiritual formam um conjunto de ações que promovem a harmonia. A respeito da dieta, esta deve ser escolhida de acordo com a constituição individual. Outras características dos alimentos, tais como seu sabor (doce, acre, salgado, picante, amargo ou adstringente), se é considerado pesado/leve, frio/quente, oleoso/seco, líquido/sólido também devem ser levadas em consideração (LAD, 2007).

Dietoterapia na Medicina Tradicional Chinesa

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) é conhecida mundialmente por suas diversas técnicas de prevenção, promoção e recuperação da saúde. A acupuntura, o uso de plantas medicinais, os exercícios físicos, a moxabustão e as massagens estão entre as técnicas mais utilizadas. A filosofia taoísta é centrada no princípio de equilíbrio entre as energias *Yin* e *Yang*²¹, e no conceito de *Qi*, entendido como a força vital manifesta em todos os seres vivos. Além destes princípios a MTC é baseada no sistema dos cinco elementos (movimentos ou fases -

²¹ “Yin é um princípio feminino que corresponde a tudo o que se contrai, reage, resfria, umidifica, escurece, interioriza e conserva, Yang é um princípio masculino que corresponde a tudo que expande, age, aquece, resseca, clareia, exterioriza e modifica” (COURY; SILVA; AZEVEDO, 2007, p.1018).

água, madeira, fogo, terra, metal), a partir dos quais todos os fenômenos naturais são classificados (COURY; SILVA; AZEVEDO, 2007).

Na dietoterapia chinesa a classificação entre *Yin* e *Yang* distingue os alimentos de acordo com sua natureza, dividindo-os em frios, frescos, neutros, mornos ou quentes. Além deste aspecto, a classificação dos cinco elementos atua sobre os alimentos, sendo que cada elemento corresponde a um sabor específico, que irão determinar a recomendação dietética para cada indivíduo, dependendo de seu estado de saúde e seu equilíbrio *Yin/Yang* (COURY, 2004).

No Brasil tem crescido o interesse pelo uso das práticas orientais de cura. No âmbito da Nutrição o Curso de Aperfeiçoamento: “Nutrição Complementar Integrada”, coordenado pelo Instituto Vida Una (Brasília-DF), vem capacitando nutricionistas para atuar com tal abordagem.

Macrobiótica

A Macrobiótica foi fundada por Ishisuka no Japão, no final do século XIX. Osawa continuou com seus ensinamentos, trazendo-os para a Europa na década de 1930. Posteriormente, Michio Kushi desenvolveu nos Estados Unidos a Alimentação Macrobiótica Padrão, mais utilizada atualmente.

Este modelo alimentar também se baseia na teoria taoísta de equilíbrio de *Yin* e *Yang*, porém de uma forma bem distinta da MTC. De maneira geral são evitados alimentos crus, excesso de líquidos, leite e carnes e estimulados o uso de cereais integrais, verduras e chás (Azevedo, 2006).

Alimentação Antroposófica

Deriva-se da Medicina Antroposófica, cuja base é a Antroposofia, filosofia desenvolvida por Rudolf Steiner na Alemanha no início do século XX. A medicina é pautada na visão tetramembrada do ser humano: corpo, vitalidade, alma e espírito. São utilizados medicamentos antroposóficos, homeopáticos e fitoterápicos, bem como outras terapias. Na dieta antroposófica, além da preocupação com a origem integral e biodinâmica dos alimentos, enfatiza-se a qualidade de vitalidade dos alimentos e a prática lactovegetariana, considerando a retirada da carne como uma escolha individual, normalmente envolvida com aspectos de desenvolvimento espiritual (COURY; SILVA; AZEVEDO, 2007).

Fitoterapia/Plantas medicinais

O uso de plantas medicinais na APS traz diversas contribuições, como a valorização da cultura popular; a geração de emprego e renda através da cadeia produtiva; baixo custo; fácil aplicação; promoção da racionalização do uso dos recursos na saúde; aceitabilidade pela população (BOTSARIS, 2008). O autor considera que cerca de 95% dos atendimentos da APS dizem respeito a problemas simples de saúde, para as quais as plantas medicinais tem grande aplicabilidade (BOTSARIS, 2008).

A fitoterapia pode ser considerada um elemento possível de outras terapêuticas e racionalidades, inclusive as leigas. Júnior *et al* (2005) atentam para o fato de a maior parte dos profissionais de saúde menosprezarem tal prática, evidenciando o problema da formação biomédica.

Entretanto a fitoterapia/plantas medicinais já possui certo respaldo, tanto no âmbito do SUS, quanto da Nutrição. Isto se dá devido à regulamentação desta atividade, instituída pela Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Decreto nº 5.813/2006) e com ações definidas pelo Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos editado pela Portaria Interministerial 2.926, de 2008 (BRASIL, 2009b). A PNPIC, já citada anteriormente, inclui a fitoterapia como prática integrativa a ser fortalecida no SUS.

No âmbito da Nutrição, a Resolução 402/2007 do CFN regulamenta a prescrição fitoterápica por este profissional, considerando o incentivo da OMS no uso de plantas medicinais nos serviços públicos, recomendação ratificada na II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. A Resolução permite ao nutricionista a prescrição de formas terapêuticas exclusivamente de uso oral, tais como infuso, decocto, alcoolatura e extrato. Importante ressaltar, contudo, que existem fitoterápicos de exclusiva prescrição médica (RDC nº 89/2004). Atualmente, diversos nutricionistas fazem uso da fitoterapia como coadjuvante no tratamento, entretanto, o CFN alerta para a necessidade de capacitação profissional na área para uma prescrição segura (CFN, 2008). Vale comentar que a ausência de menção ao referencial epistemológico na orientação de fitoterápicos e plantas medicinais, bem como a menção explícita do conhecimento científico como único critério para sua avaliação e legitimação nas discussões acadêmicas e textos normativos oficiais brasileiros denotam uma desqualificação das racionalidades terapêuticas distintas da biomédica, realçando o domínio

atual da biociência na sociedade e na academia (na área da saúde) e o caráter complexo e pioneiro da abordagem que reconhece qualidade epistemológica em outras racionalidades médicas.

Nutrição Funcional

A Nutrição Funcional vem sendo valorizada devido às intensas pesquisas de análises de alimentos. Os alimentos funcionais são aqueles que apresentam propriedades benéficas além das nutricionais básicas, sendo apresentados na forma de alimentos comuns. São conhecidos por sua capacidade de regular as funções corporais de forma a auxiliar na prevenção de doenças crônicas degenerativas. Por sua vez, o nutracêutico é um alimento ou parte de um alimento que proporciona benefícios médicos e de saúde, incluindo a prevenção e/ou tratamento da doença. Tais produtos podem abranger desde os nutrientes isolados, suplementos dietéticos na forma de cápsulas, produtos herbais e alimentos processados (ANVISA, 1999).

Coury (2004) ressalta que a visão de “comida-remédio” é muito presente nas culturas tradicionais, como a chinesa e a indiana, e que é necessário atentar para o fato de que ao se isolar uma determinada substância ativa de um alimento pode-se perder sua propriedade funcional. Isto demanda uma abordagem holística da nutrição, não vinculada à medicalização do alimento.

Vegetarianismo

A prática vegetariana, embora presente em muitas culturas tradicionais vêm ganhando adeptos em todos os países. Diversos são os motivos para a adoção desta corrente alimentar, dentre elas: a religião/espiritualidade²²; os aspectos éticos relacionados à exploração animal; as preocupações com os impactos da produção de carne no meio ambiente²³; e a saúde (SLYWITCH, 2006).

De acordo com o Slywitch (2006) existem diferentes tipos de dietas vegetarianas:

²² No Brasil, a religião Hare Krishna e a Igreja Adventista do Sétimo Dia Movimento da Reforma preconizam o vegetarianismo.

²³ Entre os principais impactos ambientais destacam-se: devastação de florestas e desertificação do solo, contaminação de recursos hídricos e a distribuição inadequada de terras (SLYWITCH, 2006).

- Ovolactovegetariana: A maior parte dos vegetarianos são adeptos desta opção, a qual exclui o consumo de qualquer tipo de carne, mas inclui ovos, leite e derivados;
- Lactovegetariana: Exclui carnes e ovos, mas o consumo de leite e derivados é realizado;
- Ovovegetariana: Exclui carnes e leite e derivados, mas o consumo de ovos é realizado;
- Vegana ou vegetariana estrita: Não inclui o consumo de nenhum alimento de origem animal.

Os estudos na área demonstram que qualquer que seja o tipo de prática vegetariana adotada, se bem planejada, esta é equilibrada, e inclusive pode trazer benefícios à saúde²⁴, especialmente quando relacionada a um maior consumo de frutas e verduras e menor consumo de alimentos industrializados e refinados (SLYWITCH, 2006; SABATÉ, 2005; COURY; SILVA; AZEVEDO, 2007).

O aumento de pesquisas na área tem trazido avanços no que diz respeito às contribuições da dieta vegetariana para a saúde (SABATÉ, 2005). De acordo com Teixeira *et al* (2006), anteriormente o interesse em estudar a dieta vegetariana derivava de uma preocupação com as possíveis carências nutricionais que a prática poderia acarretar, porém, com os avanços nos estudos e diante do aumento das doenças crônicas degenerativas, o paradigma se inverteu: “as dietas vegetarianas estão mais associadas à saúde que à doença, contrastando com as dietas baseadas em elevado consumo de produtos de origem animal” (TEIXEIRA *et al*, 2006, p.133).

Apesar destas evidências, o vegetarianismo ainda é considerado um tema polêmico na Nutrição, em especial por não ser abordado de forma atual nos cursos de graduação. Considerando o número crescente de adeptos à prática, torna-se interessante aprofundar estudos na área e verificar a visão de nutricionistas a respeito do tema.

²⁴ A *American Dietetic Association* (ADA) e a Associação de Nutricionistas do Canadá, em Relatório publicado em 2003, consideraram que: O número de mortes por infarto em vegetarianos é 31% menor em homens e 20% menor em mulheres se comparado com onívoros; menor mortalidade por doença cardíaca em vegetarianos se comparados com semivegetarianos (consumo de peixe ou carne 1 vez por semana); os níveis de colesterol são em média 14% mais baixos em ovolactovegetarianos e 30% mais baixos em veganos (comparado com onívoros); a pressão arterial tende a ser mais baixa em vegetarianos; a incidência de obesidade é menor em vegetarianos; e que o consumo de carne está associado a um risco 88% maior de desenvolvimento de câncer de cólon e 54% de câncer de próstata (ADA, 2003).

Alimentação Viva

A alimentação viva é uma corrente alimentar cujo princípio básico é a vitalidade dos alimentos. Tal princípio se refere a energia vital presente em todos os seres (TERRAPIA, 2010). Sua difusão se dá na década de 1980 nos Estados Unidos, devido aos trabalhos de Ann Wigmore, cuja base vem dos estudos da dieta Hipocrática. Os praticantes da alimentação viva excluem da dieta alimentos considerados desvitalizados: produtos de origem animal, alimentos cozidos e industrializados, consumindo exclusivamente frutas e vegetais crus com ênfase para as sementes germinadas e brotos. No Brasil sua divulgação é realizada em especial pela Dra. Maria Luiza Nogueira Branco - Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ (Projeto Terrapia) e pela Professora Ana Maria Branco - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (Projeto Bio chip). Atualmente, considera-se que a alimentação viva constitui um movimento de consciência ecológica, e que o olhar para a vitalidade dos alimentos em oposição à visão estritamente bionutricional pode trazer interessantes contribuições para a Nutrição.

Em trabalho anterior, Navolar (2008) identificou por meio de pesquisa na literatura existente, os benefícios nutricionais da introdução de brotos e sementes germinadas na dieta. Entre eles, pode-se citar: alto valor protéico destes alimentos; aumento do valor nutricional das sementes, principalmente em relação às vitaminas A e C e minerais, como cálcio, fósforo e magnésio (KULVINSKAS, 1991); aumento da vitalidade do alimento; melhora da digestibilidade devido à presença das enzimas nas sementes germinadas e brotos não expostos ao cozimento e à decomposição das partículas: proteínas complexas em aminoácidos, lipídios em ácidos graxos (GONZALEZ, 2006); eliminação do ácido fítico, presente nos grãos integrais, no processo de germinação, não interferindo na absorção de minerais, como o ferro e cálcio e ampliando a sua biodisponibilidade (SLYWITCH, 2006).

Além disso, a germinação e o cultivo de brotos pode ser feito em casa pelo próprio consumidor, o que permite um “despertar” para o conhecimento dos alimentos naturais e das sementes e um resgate do contato com a terra, além do baixo custo, tornando-os acessíveis a grande parte da população (NAVOLAR, 2008). Desta forma, este é um tema que poderia despertar o interesse da Nutrição, tornando-se necessários estudos mais aprofundados.

Aproveitamento Integral dos Alimentos

O aproveitamento integral dos alimentos é o uso das partes comestíveis dos alimentos (como cascas, talos e folhas), utilizando-os inteiramente. Não deve ser confundido com “reaproveitamento” dos alimentos, pois não se está “reutilizando” e sim aproveitando de forma integral. Alguns autores fazem uso do termo “alimentação alternativa” para a definição do uso de alimentos comumente não utilizados para enriquecer a dieta (BITTENCOURT, 1998; SANTOS *et al*, 2001).

Pesquisa realizada pelo Instituto Akatu pelo Consumo Consciente mostra que o uso integral dos alimentos ainda está distante da realidade dos lares brasileiros (AKATU, 2009). Das mais de 1200 pessoas que responderam à pergunta “*O que você faz com restos de comida (cascas, sementes, etc.)?*”, 57,3% afirmaram que simplesmente jogam no lixo. Apenas 8,3% disseram aproveitar talos, cascas e folhas.

O incentivo ao aproveitamento integral acontece há muito tempo, e segundo o Programa Mesa Brasil²⁵ (2003), contribui para diminuir os gastos com alimentação e melhorar a qualidade nutricional do cardápio, além de reduzir o desperdício de alimentos, e tornar possível a criação de novas receitas.

Apesar destas considerações, esse é um tema controverso na Nutrição (SANTOS *et al*, 2001). Em primeiro lugar, questiona-se o incentivo dessa prática em comunidades de baixa renda, o que indicaria que esta seria uma ação a ser desenvolvida somente pelos pobres para tentar garantir a sua SAN. Diversos autores criticam, em especial, o incentivo ao uso da multimistura²⁶, difundida a partir da década de 1980 pela Pastoral da Criança com vistas a reduzir a desnutrição infantil, e apoiada pelo Ministério da Saúde na década de 1990 (BITTENCOURT, 1998). As críticas têm argumentação em torno da questão ética e do desrespeito à cultura alimentar; da possível toxicidade presente nos ingredientes utilizados; dos fatores antinutricionais que afetam a biodisponibilidade dos nutrientes da mesma; e da sua qualidade nutricional questionável (BITTENCOURT, 1998; FARFAN, 1998).

²⁵ Programa coordenado pelo SESC, com apoio do Ministério de Desenvolvimento Social, que visa promover ações educativas na área de alimentação e nutrição para o público em geral.

²⁶ “Mistura de pós de farelos, folhas, cascas e sementes de diversos subprodutos a serem acrescentados à dieta, visando o aumento de seu valor nutricional” (SANTOS, *et al*, 2001, p.36).

O CFN publicou recentemente uma nota técnica emitindo opinião contrária ao uso da multimistura:

A utilização de parte de alimentos, como farelos, cascas e outros subprodutos resultado da sua limpeza, não devem ser utilizados por seres humanos deprimidos social e economicamente como solução das questões de fome e pobreza desta população. Inclusive estas medidas vão de encontro aos princípios políticos e institucionais da proposta do Governo brasileiro no enfrentamento da mazela da fome e das questões relacionadas à Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira (CFN, 2010, p.1).

Por outro lado, Bittencourt (1998) coloca que o potencial da multimistura no auxílio à diminuição da desnutrição infantil relatado por mães que participaram de projetos se deve à articulação do uso da mesma com um conjunto de intervenções, sobretudo, dirigidas à saúde e à educação. Outro aspecto de reflexão no aproveitamento integral se refere à preocupação com os resíduos de agrotóxicos presentes em especial nas cascas dos alimentos (STOPPELLI; MAGALHÃES, 2005), conforme discutido no Capítulo 1. SANTOS *et al* (2001) consideram que as críticas à alimentação alternativa remetem a dimensão técnico-científica e que aspectos sociopolíticos devem ser levados em consideração, em especial em torno da representação social do alimento.

Estudo realizado no Estado da Bahia a respeito do uso da alimentação alternativa nas populações de baixa renda, englobando 1.380 domicílios de 36 municípios, revelou que 57,2% dos entrevistados já ouviu falar da alimentação alternativa e, deste universo, 46,8% fazem uso da mesma.

Não foram encontrados na literatura estudos que apontassem tal questão no Estado de Santa Catarina, o que também pode ser mais uma contribuição desta pesquisa, já que inclui a visão das nutricionistas que atuam na capital da referida unidade federativa a respeito do incentivo ao aproveitamento integral dos alimentos na APS.

CAPÍTULO 3: VISÃO DOS NUTRICIONISTAS A RESPEITO DAS PIC

Este capítulo está organizado de forma que num primeiro momento será apresentado o percurso metodológico de pesquisa; seguido de uma breve descrição da organização da Nutrição na atenção primária à saúde no Brasil e em Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina. Posteriormente far-se-á um relato da inserção das PIC naquela cidade. A seguir será apresentada a caracterização dos profissionais entrevistados, seguida do corpo da discussão deste trabalho, organizado na forma de eixos temáticos relacionados à Nutrição Complementar Integrada e na descrição da observação direta de alguns dos grupos de alimentação saudável desenvolvidos no município.

PERCURSO METODOLÓGICO

Para atingir os objetivos desse trabalho, a metodologia utilizada foi de caráter qualitativo, na qual pode ser revelada a subjetividade a partir das percepções dos atores envolvidos, o que não pode ser quantificado (MINAYO, 1999). De acordo com Turato (2005), na pesquisa qualitativa:

Primeiramente o interesse do pesquisador volta-se para a busca do *significado* das coisas, porque este tem um *papel organizador* nos seres humanos. O que “as coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, idéias, sentimentos, assuntos), representam, dá molde à vida das pessoas. Num outro nível, os significados que “as coisas” ganham, passam também a ser partilhados culturalmente e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos (TURATO, 2005, p.510).

No caso desta investigação, tal metodologia é pertinente na medida em que permite florescer um debate sobre a prática do nutricionista na atenção básica em sua relação com as PIC, considerando

o potencial desse tema ao gerar reflexões sobre a racionalidade nutricional biomédica e a promoção da saúde.

Os sujeitos desse estudo são nutricionistas²⁷ que atuavam na rede de atenção primária à saúde do município de Florianópolis/SC no período de realização da pesquisa.

O estudo teve um caráter limitado e exploratório, já que realizou uma descrição e análise de concepções e práticas profissionais, por um lado, e por outro se restringiu aos discursos dos profissionais nutricionistas da APS do referido município. O tema investigado é considerado suficientemente inovador e marginal nas atuais práticas profissionais, para as quais, as entrevistas em profundidade foram consideradas mais adequadas para exploração do relacionamento dos profissionais com o mesmo.

Segundo Duarte (2006, p.62), a entrevista em profundidade busca “recolher respostas a partir da experiência subjetiva da fonte”, a fim de objetivar a compreensão de um problema ou dada situação. Para este estudo, de caráter exploratório, as entrevistas em profundidade são essenciais, pois permitem ampliar os conceitos da situação analisada por meio da percepção e visão dos atores envolvidos, o que torna este um instrumento de troca “em que a experiência, visão de mundo e perspicácia do entrevistador afloram e colocam-se à disposição das reflexões, conhecimento e percepções do entrevistado” (DUARTE, 2006, p.82). De acordo com o mesmo autor, deve-se ter um cuidado especial para o ambiente da entrevista, que permita ao informante sentir-se à vontade, em confiança mútua e interesse. Destaca também a personalização das perguntas e até o cuidado na indução das respostas, para o qual o entrevistador deve ter cautela.

Para tanto, a entrevista teve como base um roteiro semi-estruturado elaborado pelos pesquisadores (Apêndice 1), com questões a respeito do conhecimento, uso e recomendação das PIC.

Todos os nutricionistas vinculados à Secretaria de Saúde do município de Florianópolis/SC aceitaram o convite para participar da pesquisa. Considera-se, para tanto, que os nutricionistas da APS da capital catarinense constituem informantes-chave para esta pesquisa.

A pesquisa seguiu os requisitos éticos exigidos pela Resolução 196/96 (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no Apêndice 2), e

²⁷ No período da pesquisa nove nutricionistas formavam o quadro da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis-SC.

teve aprovação do Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humano da Pró-reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, processo número: 223/09, bem como aprovação do projeto pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis/SC.

Mediante concordância dos participantes e prévio agendamento, foram realizadas entrevistas pela própria pesquisadora, no período de setembro a outubro de 2009, em local escolhido pelo entrevistado: em seu local de trabalho (unidade local de saúde ou policlínica), ou na UFSC. As entrevistas variaram de 32 a 60 minutos, resultando numa duração média de 45 minutos.

Devido a problemas técnicos de gravação, uma das entrevistas não pôde ser transcrita e analisada. No entanto, o profissional entrevistado estava, no período da pesquisa, se afastando de suas atividades da SMS, motivo pelo qual optou-se por não repetir a entrevista. Restaram, assim, como sujeitos de pesquisa, os oito nutricionistas remanescentes que faziam parte do quadro da SMS no período.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora. O resultado desse processo formou o material analisado.

Para analisar as entrevistas foi utilizada metodologia de análise de conteúdo descrita por Bardin (1977). Tal método vai além da verificação da coerência interna das mensagens, pois diz respeito à manipulação das mesmas para permitir a análise à luz de outro recorte ou enfoque. Esse processo proporciona a combinação de técnicas quantitativas, por meio da frequência com que surgem as mensagens, e qualitativas, na qual se busca a ausência ou presença de determinadas características naquela mensagem (BARDIN, 1977).

Para tanto, foram construídas categorias de análise:

pré-análise das informações, ou seja, a organização das entrevistas realizadas; exploração do material com codificação dos dados baseado no estudo de cada unidade de registro; e Interpretação dos dados baseados em um processo reflexivo e consulta a autores de referência (BARDIN, 1977, p.199).

Essa divisão tem caráter didático, uma vez que pode ocorrer a passagem de uma fase para a outra durante a análise. Segundo Duarte, as categorias consistem em “estruturas analíticas construídas pelo

pesquisador que reúnem e organizam o conjunto de informações obtidas a partir do fracionamento e da classificação em temas autônomos, mas inter-relacionados” (DUARTE, 2006, p.79).

Ainda conforme Bardin (1977), a categorização diz respeito a um processo de classificação e reagrupamento dos elementos de interesse no estudo. A autora coloca que para um conjunto de categorias ser considerado “bom” para análise, as seguintes qualidades devem estar presentes: *i)* “exclusão mútua” - não deve existir em mais de um grupo; *ii)* “pertinência” - adaptação ao material de análise e ao referencial teórico; *iii)* “produtividade” - para que sejam gerados resultados férteis.

Ao final das transcrições das entrevistas surgiu a idéia de realizar uma observação direta de alguns dos grupos de alimentação saudável coordenados pelas nutricionistas. A observação direta é um método qualitativo comumente utilizado em estudos de caso e que permite ao pesquisador retratar o contexto de determinado evento de interesse (reuniões, salas de aula, encontros, entre outros), possibilitando que o registro seja em tempo real (YIN, 2005).

O critério de seleção dos grupos foi baseado na escolha daqueles em que estariam sendo desenvolvidas algumas das práticas complementares da Nutrição, a fim de aprofundar a discussão e enriquecer o material de análise. Desta forma, quatro nutricionistas foram identificadas com potencial para investigação de grupos por elas coordenados. Entretanto, uma profissional se desligou de seu cargo na Prefeitura de Florianópolis. Outras duas nutricionistas foram contatadas por telefone, mas declararam não haver nenhum grupo no qual seria realizada alguma prática considerada complementar no período solicitado. Assim, apenas uma nutricionista indicou alguns grupos para observação, dos quais a pesquisadora fez a observação de acordo com a sua disponibilidade. As observações foram feitas no mês de março de 2010, em duas Unidades Locais de Saúde - ULS. Apesar da riqueza da experiência dos grupos, a observação ficou limitada aos grupos coordenados pela mesma profissional, e por este motivo optou-se por não dar continuidade às visitas.

Por fim, o recurso metodológico utilizado neste estudo se revelou como a melhor ferramenta para atingir os objetivos desejados, e concordamos com Bosi e Mercado (2007) quando trazem uma importante reflexão ao caráter das pesquisas qualitativas:

uma investigação não deve ser considerada qualitativa ou quantitativa simplesmente pelo ato

de empregar uma determinada técnica. Ao contrário, é imprescindível levar e conta: 1- a pergunta ou objetivo da investigação; 2- uma determinada postura teórica ou epistemológica; 3- a correspondente estratégia para obtenção das informações e sua análise (BOSI; MERCADO, 2007, p.34).

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM FLORIANÓPOLIS/SC

Florianópolis se destaca no cenário brasileiro como uma das capitais com melhor qualidade de vida, ocupando o quarto lugar no Índice de Desenvolvimento Humano entre os municípios brasileiros de 1991 a 2000 (GUTERRES *et al*, 2008). A população total do município é de aproximadamente 402 mil habitantes (FLORIANÓPOLIS, 2010). Em relação à saúde, o município é dividido em cinco regionais: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul, nas quais estão distribuídas as cinquenta Unidades de Saúde e quatro Policlínicas, com cobertura de 82,4% da Estratégia Saúde da Família (FLORIANÓPOLIS, 2010). Pesquisa avaliativa realizada no município por Conill (2002) demonstrou que o PSF estaria implantado de forma adequada em termos físicos de acesso: “referentes à área, equipamentos e medicamentos, mas inadequado quanto aos recursos humanos, medidos pelo número de equipes/famílias” (CONILL, 2002, p.200).

Diante do quadro nacional de incentivo à PIC, é de interesse para esta pesquisa conhecer a realidade da rede de saúde de Florianópolis, no que diz respeito a implementação e execução das mesmas. Em estudo de S. Thiago (2009) observou-se que Florianópolis foi pioneira no Estado ao ofertar, em 1978, médicos homeopatas e acupunturistas na rede básica de saúde. A autora investigou que havia, na década de 1990, o serviço de referência em Homeopatia e Acupuntura da Policlínica I, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde (desativado no ano de 2006). Em 1998 foi criada a farmácia homeopática do município, por meio de convênio com a Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), mas em 2009 foi desativada²⁸. No presente momento

²⁸ Não se sabe ao certo o motivo do fechamento de tal serviço, considerando que havia grande procura pelo mesmo (S. THIAGO, 2009).

algumas Policlínicas municipais²⁹ possuem o serviço de acupuntura e homeopatia, aos quais os usuários têm acesso por meio de encaminhamentos da rede básica.

Outra pesquisa (GURGEL *et al*, 2010)³⁰ identificou que atualmente, o município não dispõe de um projeto institucional para as PIC. Entretanto, a rede de saúde possui um quadro de profissionais atuantes na área, mesmo que de forma diluída: “Vinte profissionais praticantes de alguma PIC no tempo da coleta de dados, em 16 centros de Saúde, praticando 15 tipos de PIC, com evidente concentração, como é esperado e ocorre no mundo todo, em homeopatia e acupuntura” (GURGEL *et al*, 2009, p.79).

A pesquisa identificou predominância da oferta de homeopatia e acupuntura, mas outros tipos de PIC também são disponibilizadas em alguns centros de saúde: Medicina Antroposófica, auriculoterapia, hipnose, massoterapia, geoterapia, quiroprática, biodança, medicina ayurvédica, fitoterapia, relaxamento, terapia comunitária, medicina tradicional chinesa e yoga.

A NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS

A atenção primária à saúde no Brasil conta com diversas ações que envolvem a alimentação e a nutrição. O SISVAN, em execução desde 1990, traz como rotina para as ULS o diagnóstico do estado nutricional da população e alimenta um banco de dados que gera informações para planejamento de ações na área. Paralelo a esta ação, a PNAN, já discutida no Capítulo 1, traz diretrizes condizentes com a necessidade de reorientação da atenção básica, e a política de SAN traça a intersetorialidade das ações de alimentação e nutrição.

A recomendação de inserção do nutricionista Na APS somente com a Portaria 154/2008 do Ministério da Saúde, com a criação dos NASF. Esta portaria prevê um NASF para cada 8 a 20 equipes, podendo incluir de 3 a 5 dos seguintes profissionais (varia conforme o número de habitantes do município): Médico Acupunturista; Assistente Social;

²⁹ Policlínica Centro: acupuntura; Policlínica Continente: homeopatia; Policlínica Sul: acupuntura; Policlínica Norte: acupuntura (FLORIANÓPOLIS, 2010).

³⁰ Esta pesquisa, financiada pelo CNPq, faz parte de projeto maior sobre as PIC no PSF voltados para atenção à saúde mental envolvendo estudos de caso em Campinas, Recife e Florianópolis.

Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional, atendendo à realidade do município (BRASIL, 2008). De acordo com a mesma Portaria, o Nutricionista é o profissional responsável pelas seguintes ações:

- coordenação das ações de diagnóstico populacional da situação alimentar e nutricional;
- promoção da alimentação saudável para todas as fases do curso da vida;
- estímulo a produção e o consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente;
- capacitação da ESF e participação de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis e desnutrição;- elaboração das rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica, organizando a referência e a contra-referência do atendimento; e- promoção da articulação intersetorial para viabilizar as ações voltadas para a SAN (BRASIL, 2008).

No ano de 2009 o Ministério da Saúde declarou a existência de 814 NASF em todo o Brasil. No mesmo período foram identificados 585 nutricionistas atuando nos NASF (CFN, 2010).

Em Florianópolis as ações de alimentação e nutrição estão subordinadas à Diretoria de Vigilância em Saúde da SMS, e concentram-se em quatro linhas: i) Vigilância Alimentar e Nutricional, como o acompanhamento da situação nutricional de crianças até 10 anos e gestantes; ii) Programas de Suplementação Alimentar - O principal Programa chama-se “Hora de comer”, em parceria com a AFLOV (Associação de Voluntários). Atende cerca de 600 crianças desnutridas ou em risco nutricional, com idade entre seis meses e seis anos incompletos. É constituído de três etapas: consulta médica com avaliação nutricional; reunião educativa com os pais e distribuição mensal de cesta de alimentos a cada criança. Outras ações, como a distribuição de fórmulas infantis especiais e “Saúde de ferro”³¹, também são executadas

³¹ Suplementação de ferro para crianças de 6 a 24 meses, gestantes a partir da 20ª semana, puérperas e mulheres pós-aborto.

nesta linha; iii) Programa de Transferência de Renda/Bolsa família – incluindo o acompanhamento do estado nutricional das famílias; iv) Promoção da Alimentação Saudável. Foi relatada também uma atuação conjunta com a Secretaria de Educação, através do Programa de Alimentação Escolar e do Programa Saúde do Escolar.

Mediante articulação das nutricionistas do município foi criada a Câmara Técnica Setorial de Alimentação e Nutrição – CTSAN, vinculada à coordenação de Vigilância Alimentar e Nutricional, cujo objetivo é fortalecer a Política Municipal de Alimentação e Nutrição por meio da estruturação das práticas de atenção à saúde do nutricionista inserido no SUS, com vistas à garantia do DHAA. Dada a necessidade de estruturação da atenção nutricional no município, a Assessoria de Vigilância em Saúde, por meio da CTSAN, passou a realizar reuniões quinzenais a partir de 2007 (GUTERRES *et al*, 2008). Atualmente as reuniões da CTSAN são semanais. A Câmara tem um papel articulador no município e atua também na mobilização de ações relacionadas a SAN, como a criação do COMSEA, em processo de constituição.

De acordo com os mesmos autores, em 2006 foram realizados no município apenas 485 atendimentos nutricionais. Até 2007, das cinquenta Unidades Básicas Saúde de Florianópolis, nove possuíam atendimento de nutricionistas, sendo dois nutricionistas do quadro pessoal da Secretaria de Saúde. Grande parte dos atendimentos era realizada por discentes e docentes da Universidade Federal de Santa Catarina e de nutricionistas inseridos no Programa de Residência Integrada em Saúde da Família desta Universidade (GUTERRES *et al*, 2008).

A respeito dos recursos humanos em Nutrição, foi realizado em 2008 um concurso público para contratação de nutricionistas na rede municipal. Esses profissionais, que eram somente dois, passaram a ser nove. Outro concurso foi realizado no ano de 2010, porém para cadastro reserva. A recomendação do CFN para municípios com 20 a 500 mil habitantes é de 1 nutricionista para cada 30 mil habitantes (CFN, 2005), o que resultaria num total de 13 nutricionistas para um município do porte de Florianópolis/SC.

Vasconcelos *et al* (2005) verificaram um aumento de mais de 500% no número de nutricionistas formados somente em Santa Catarina, no período de 1990 a 2005. Em estudo realizado em 1991 com 64 nutricionistas que atuavam em Florianópolis no período (61% do total), a respeito da atuação profissional, verificou-se que somente 10,9% dos nutricionistas da pesquisa atuavam em Saúde Coletiva, percentual muito

inferior ao das demais áreas de atuação, sendo na área hospitalar 48,4%, na produção de refeições 18,7% e docência 17,2%. O autor avaliou ainda que a atuação de tais profissionais, no período da pesquisa, estaria relacionada ao modelo clínico individualizado e curativo (VASCONCELOS, 1991).

Da década de 1990 até os dias de hoje, alguns avanços poderiam ser citados na formação profissional. Embora tal aspecto não constitua objeto deste estudo, vale citar o estabelecimento das diretrizes curriculares³² estabelecidas para reorientação da formação dos profissionais da saúde, voltados para uma atuação na saúde coletiva. Pádua e Boog (2006) consideram que, se as novas diretrizes curriculares apontam para a formação de nutricionistas voltada para a atuação no SUS, era de se esperar que tais profissionais estivessem inseridos no sistema, o que infelizmente ainda não é uma realidade.

CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Neste tópico será iniciada apresentação dos resultados dessa pesquisa. Num primeiro momento, apresentar-se-á o perfil dos profissionais entrevistados, a fim de caracterizar o grupo em estudo, formado por oito nutricionistas que trabalhavam na SMS de Florianópolis/SC no período da pesquisa.

Todas as nutricionistas são do sexo feminino, variando de 25 a 46 anos, resultando numa média de 30 anos de idade. O tempo decorrido desde a formação profissional variou de 1 ano e meio a 25 anos, sendo que 7 entrevistadas fizeram a graduação em Instituição Pública e 1 em Instituição Privada.

A respeito da atuação profissional na SMS no momento da pesquisa, as nutricionistas foram distribuídas de acordo com as regionais de saúde:

- 1 nutricionista no nível central;
- 1 nutricionista na regional centro (NASF - Policlínica Centro e ULS's);
- 2 nutricionistas na regional sul (NASF – Policlínica Sul e ULS's);
- 1 nutricionista na regional norte (NASF – Policlínica Norte e ULS's);
- 2 nutricionistas na regional continente (Policlínica Continente);
- 1 nutricionista na regional leste (NASF – ULS's).

³² BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília, 2001.

Em relação ao vínculo institucional, todas as nutricionistas ingressaram por meio de concurso, sendo que o tempo de exercício no cargo variou de 1 mês a 23 anos. Uma das entrevistadas entrou na Prefeitura no ano de 1986, ficando lotada a nível central e na APS (atualmente somente no nível central). No ano de 2008, com a realização do concurso municipal, quatro nutricionistas foram chamadas e posteriormente outras três foram convocadas no ano de 2009.

A formação complementar das entrevistadas em nível de pós-graduação foi bem variada, o que pode ser visualizado na Tabela 1:

Tabela 1: Formação complementar das nutricionistas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC em nível de pós-graduação, 2009.

Competência	Área	Número de Profissionais³³
Especialização	Residência em Clínica	1
Especialização	Docência em saúde	1
Especialização*	Administração de empresas	1
Especialização	Residência em Saúde da Família	2
Especialização	Saúde da Família	3
Mestrado	Nutrição clínica	1
Mestrado	Saúde Pública	1
Mestrado*	Saúde Pública	1

*Em andamento no período.

Outros tipos de formação complementar, vinculados às PIC, foram citados por algumas das entrevistadas, sendo que uma delas possui atualização em Medicina Tradicional Chinesa e Fitoterapia, outra em Fitoterapia e Nutrição Funcional e outra possui conhecimento em Fitoterapia/Plantas Medicinais, adquirido por meio de atuação junto aos movimentos populares, conforme ilustrado na Tabela 2:

³³ O número de profissionais diz respeito a quantos profissionais realizaram determinada pós-graduação, sendo que alguns têm mais de uma titulação.

Tabela 2: Formação complementar em PIC das nutricionistas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC, 2009.

Tipo de formação	Área	Nº de profissionais
Atualização	Medicina tradicional chinesa e fitoterapia	1
Atualização	Fitoterapia e nutrição funcional	1
Atuação junto a movimentos populares	Fitoterapia/plantas medicinais	1

Destaca-se a formação em PIC realizada por algumas das nutricionistas, já que este é o tema central deste estudo, uma vez que este tipo de formação não é ainda muito comum, por serem “habilidades novas” para a profissão.

VISÃO DOS NUTRICIONISTAS A RESPEITO DAS PIC

Este tópico foi organizado em eixos de discussão construídos mediante a categorização da análise dos dados, por “questões chave” já inseridas no roteiro semi-estruturado (Apêndice 1) e por outras questões relevantes para o estudo que surgiram ao longo das entrevistas.

A análise das transcrições resultou no entendimento de que existem diferentes visões a respeito das práticas integrativas e complementares e que isto repercute numa postura profissional a respeito do tema. Foram construídas duas categorias amplas por meio das quais foi possível discriminar duas visões e posturas dos profissionais: *Simpatizantes Reticentes* e *Simpatizantes Atuantes*. De forma a preservar a identidade das nutricionistas, as seguintes siglas foram utilizadas: ESA1, ESA2, ESA3, ESA4 e ESA5 para os Entrevistados Simpatizantes Atuantes; ESR1, ESR2 e ESR3 para os Entrevistados Simpatizantes Reticentes. Ressalta-se que esta categorização não pretende fazer algum tipo de discriminação ou valorização de determinada postura profissional, mas sim classificar as declarações das nutricionistas entrevistadas de acordo com suas visões e opiniões.

Todas as entrevistadas foram consideradas simpatizantes ao tema das PIC, devido a análise de seus depoimentos não detectar opiniões contrárias ao uso e recomendação das PIC e, ainda, demonstrarem interesse em ampliar conhecimentos no assunto. Tal aspecto é considerado surpreendente nesta pesquisa, diante de tal questão não ser abordada na graduação e do escasso debate na categoria

profissional. Algumas hipóteses foram levantadas no sentido de explicar tal resultado. A primeira seria que este pode ser um viés deste estudo, devido ao método utilizado (entrevista em profundidade feita pelo pesquisador), na possibilidade de que algumas das entrevistadas possam ter se sentido intimidadas em apresentar opinião desfavorável ao tema das PIC, embora todo o cuidado para evitar isto tenha sido tomado, procurando fazer com que o entrevistado se sentisse à vontade, não havendo indução das respostas, coação dos entrevistados, ou apresentação da opinião do entrevistador. A segunda hipótese é que com a edição da resolução 402/2007 do CFN que autoriza a prescrição fitoterápica pelo nutricionista, este debate tenha ganhado certo espaço na categoria profissional, observado na ampliação de cursos ofertados com o tema.

A categoria *Simpatizantes Reticentes* é formada por profissionais que se interessam pelas PIC, chegando a ser simpatizantes do tema no que diz respeito ao uso e recomendação na Nutrição. No entanto essa visão não tem reflexo na sua rotina profissional, já que não chegam a recomendar alguma prática, nem a realizar encaminhamento para profissional habilitado. É observada também certa insegurança no uso de determinadas terapias.

Todas as práticas orientais...na Índia..e de como era vista a saúde, pra quem já tem seu próprio conceito e que vai gerar a sua prática..e por este *choque* que existe numa civilização em que os conceitos de saúde são diferentes da prática e por isto que eu te disse que as pessoas acabam somando e largando a forma como foram criados, enquanto como vão cuidar da sua saúde...eles não deixam a coisa clínica, tradicional nossa e acabam usando outra práticas, fazem uma mistura. Como fazem na religião, fazem na saúde... [risos] aí existe essa prática da população e tu quando tá atendendo tu acaba sendo exigido a ter uma posição de um lado ou outro, só que nem sempre tu consegue mudar o curso, e deixar o tradicional [biomédico]...a não ser que seja *seguidor autêntico*...[grifos nossos] (ESR2).

A categoria *simpatizantes atuantes* engloba os profissionais que, de diferentes formas, vinculam as PIC a um olhar ampliado de saúde e que as recomendam ou encaminham seus pacientes para profissionais

com formação na área (acupunturistas, homeopatas, entre outros), conforme observado:

Na prática e até comigo, no meu processo de saúde-doença, eu vejo que dá mais resultado, por exemplo, eu tava com um problema no joelho, tentei diversas formas, fiz *diversos* exames, *milhares* de coisas, nada melhorou...fui fazer acupuntura e *melhorou*...então na maioria das unidades que eu trabalho tem acupuntura e homeopatia. Por exemplo, eu to trabalhando com um grupo de pessoas que querem emagrecer, trabalhar junto com a homeopatia a questão da ansiedade, dá um resultado *muito* grande. E não tem os efeitos colaterais que a medicação alopática tem. Então, nesse sentido, por ser uma prática mais natural, com uma interação do corpo com a natureza e até a questão da acupuntura que é uma outra leitura do corpo, pelos meridianos...enfim, e a gente vê que tem resultado *sim*, então parece muito mais saudável e com um resultado muito melhor. E aí tem toda a história, da medicina tradicional [biomédica, convencional]...é baseada em exames, a indústria farmacêutica...aí vem tudo isso que influencia e que faz com que seja o modelo vigente de hoje. Tem todo um processo histórico neste sentido...muito mais do que ser efetivo ou não [grifos nossos] (ESA4).

Mediante esta categorização dos profissionais, tornou-se possível analisar os aspectos abordados nas entrevistas, e que constituem os seguintes eixos de discussão:

- Visão sobre a origem dos alimentos e aspectos produtivos;
- Entendimento sobre Práticas Integrativas e Complementares (PIC) e Conhecimento da PNPIC;
- A formação do nutricionista;
- Relevância das PIC para o nutricionista;
- Conhecimento e pensamento sobre a resolução 402/2007 do CFN que permite ao Nutricionista prescrever fitoterápicos;

- Medicalização da dieta? A visão sobre a nutrição funcional;
- Aplicação das PIC em nutrição na APS;
- Relação com o usuário: Abordagem com o usuário que demanda outras alternativas em nutrição; e aceitação do usuário no uso de práticas complementares em nutrição;
- Relação entre a Nutrição Complementar Integrada e Promoção da Saúde;
- Relação entre a Nutrição Complementar Integrada e a SAN;
- A construção da Nutrição Complementar Integrada.

Visão sobre a origem dos alimentos

A visão a respeito da origem dos alimentos envolve os aspectos produtivos e agrícolas e a preocupação com uso de agrotóxicos e adubos químicos. Este eixo envolve ainda o conhecimento a respeito de outras alternativas produtivas, as quais não envolvem o uso destes insumos agrícolas, como a agroecologia e a agricultura orgânica.

Simpatizantes Atuantes

De forma geral, essas nutricionistas apresentaram uma opinião sobre a origem dos alimentos muito semelhante entre si. Apontaram os riscos que envolvem o uso de agrotóxicos e se mostraram preocupadas com a questão:

Eu sempre procuro trabalhar com o uso de alimentos mais integrais. E aí o cuidado com a produção, ele é... a gente conversa e a preocupação com a origem dos alimentos a maioria dos grupos quando a gente fala no uso de frutas e verduras eles demonstram esta preocupação: “Ah, mas como saber se não tem agrotóxico? O que fazer pra evitar o agrotóxico? O que tem que colocar? Ou que alimento é melhor? O orgânico ou o agroecológico?”[...] A gente orienta muito o consumo do alimento na sua forma natural, assim... de frutas, verduras e legumes. E é bem importante, eu acho que tem uma mudança da minha formação, de como foi a minha graduação pra atualmente, eu vejo que... e as pessoas também

percebem isso. Porque a gente trabalha muito com a utilização de produtos naturais, sem processamento... que as pessoas possam plantar, então estimular hortas... e as pessoas relatam isso. Tanto nos grupos, quanto no atendimento ambulatorial: “Ah! Minha horta tá assim... tem isso, tem aquilo...”. Trazem plantas pra mim... então: “Ah...é essa aqui que pode comer? É essa ou é aquela?”. [...] “Ah! Quando eu era pequena era desse jeito...” ou: “Onde eu morei anteriormente eu tinha espaço agora não tenho...”. As pessoas se organizam pra cuidar desta questão... da alimentação não só no sentido do nutriente, mas no sentido da qualidade do alimento que eles estão consumindo. É uma preocupação bem grande (ESA2).

A forma como são produzidos a maioria dos alimentos hoje é muito distante do que é uma alimentação saudável, desde a questão da terra, a semente...de todos os insumos agrícolas...a própria industrialização, a comercialização...[...] Nesse sentido, outras formas de produção estariam mais relacionadas à alimentação saudável, que é o que a gente trabalha na atenção primária. Então é superimportante trabalhar com esta visão de *onde* vem o alimento, a questão da agroecologia, dos alimentos orgânicos... de utilizar menos alimentos industrializados, ou alimentos industrializados mais de uma forma mais saudável...a questão da agricultura familiar também... o quê que a gente está incentivando, né? O alimento que a gente compra, o que ele incentiva no desenvolvimento econômico do país? Neste sentido... eu vejo que a produção tem uma relação *direta* com a alimentação saudável e a nutrição [grifos nossos] (ESA4).

Destaca-se o fato de que as entrevistadas demonstram esta preocupação: “*acho que a Nutrição tem também esta intenção, né? De promover... a intenção de promover uma alimentação mais saudável... mais natural... tentando sempre usar o produto sem agrotóxico*” (ESA3). A relação com uma alimentação mais natural foi relacionada à diminuição do consumo de alimentos industrializados. Segundo Boog

(2004), o processo de substituição de práticas alimentares tradicionais por produtos industrializados, reflete, entre outros aspectos, na própria sustentabilidade ambiental devido à produção do lixo, entre outras questões.

O cuidado com os aspectos produtivos remete também a questões políticas envolvida nesse processo. Foi clara a preocupação em garantir o acesso ao alimento orgânico, considerando o papel do nutricionista não somente educativo, mas também político. Inclusive devido à dificuldade no incentivo ao consumo do produto orgânico, devido ao seu preço ser inacessível à parte da população, em alguns casos:

A dificuldade é conseguir... as pessoas conseguirem seguir essa indicação...porque as vezes não tem feira nem do produto tradicional, quem dirá do produto orgânico pra pessoa ter acesso. Ou quando tem é muito mais caro e a pessoa se já não prioriza as frutas e verduras, assim... o orgânico é muito mais difícil. Eu não sei... eu acho que a gente tem que realmente estar promovendo isso, mas sem esquecer de também estar lutando por políticas públicas que possam incentivar isso, que possam garantir que as pessoas tenham acesso. Porque se não a gente vai reproduzindo aquele modelo de orientar e... depois culpar a pessoa por não ter feito, né?! Então eu acho que assim, a dificuldade hoje é tu ter um suporte pra conseguir orientar e fazer com que isso se torne uma realidade. [...] Mas eu acho que é complicado as vezes a prática clínica nossa...de estar só orientando o ideal, neste caso o orgânico, orientar a pessoa a consumir o orgânico sem ter opções...sem ter um salário que a pessoa consiga realmente comprar... sabendo que o orgânico está mais caro... (ESA3).

A respeito do acesso ao alimento orgânico, outros aspectos podem ser considerados, uma vez que o mesmo pode ser facilitado por meio do incentivo às hortas caseiras e comunitárias nas cidades e às políticas de apoio à agroecologia no campo. Quando não há interesse ou condições por parte do indivíduo/grupo produzir seu próprio alimento, existe o fator acesso à compra de tais produtos. Azevedo (2009b) coloca

que os orgânicos podem ser em torno de 20 a 100% mais caros que os alimentos convencionais e que existem algumas justificativas para tal preço, como a lei da oferta e da procura, já que os orgânicos não teriam atualmente tal demanda. Entretanto, a mesma autora identifica que existem outros meios de comercialização, como as feiras dos produtores e as vendas diretas, que conseguem atingir um preço mais justo que aquele imposto pelas grandes redes de supermercados:

O preço não deve se constituir em um empecilho para o consumo dos orgânicos, pois a venda direta através das cestas e feiras, as cooperativas de compras e vendas e as associações de consumidores orgânicos mostram alternativas viáveis de aquisição dos alimentos de qualidade e conseguem estimular uma discussão fértil sobre o movimento orgânico, o consumo consciente e a economia solidária (AZEVEDO, 2009b, p.18).

Segundo a mesma autora, o nutricionista tem papel fundamental na construção de “consumidores-cidadãos”, conscientes do impacto do sistema alimentar moderno de produção dos alimentos, e da existência de outras formas produtivas mais sustentáveis do ponto de vista socioambiental.

Quando as entrevistadas foram questionadas sobre de que forma poderiam desenvolver (ou se já desenvolvem) ações direcionadas à produção de alimentos ou acesso a alimentos produzidos de forma ambiental e socialmente sustentáveis, surgiram relatos de experiências já existentes no município:

Mas aí com relação a estar buscando esta origem... a estar tentando as vezes desenvolver na própria comunidade, né?! Locais de produção para que possam até estar contribuindo para aquela comunidade... a ter uma cooperativa ou alguma coisa assim... eu acho que é essencial (ESA3).

Em algumas unidades de saúde a gente já conversou, que tem um grupo [...] de promoção da alimentação saudável. Nesse grupo a gente já fez, até neste dia eu não pude participar, mas eles trouxeram plantas que foram plantadas na unidade de saúde, estas plantas medicinais...[...] por volta

da ULS toda tem uma horta, agora ta produzindo moranguinho, tem pimenta...tem couve, tem tempero e eles usam no trabalho de redução de danos de usuários da unidade de saúde. E a gente escreveu também um projeto que está em apreciação na Prefeitura, que aqui no espaço da Policlínica a gente faça um centro de...é...de promoção da saúde. Seria como se fosse ampliar a questão da policlínica e fazer...criar um horto medicinal e uma horta. Teria um espaço para uma cozinha, né? Um laboratório, uma cozinha experimental e um refeitório e neste espaço também seriam manipulados os fitoterápicos. E o projeto está pronto, está em apreciação na Prefeitura. Então tem possibilidade. Tem outras unidades de saúde que já demonstraram interesse [...] Na escola do bairro... tem horta então a gente está tentando articular o trabalho do posto de saúde com este espaço, acho que são espaços bem interessantes... e a idéia é que quando a gente conseguir mais efetivamente, de forma mais organizada o matriciamento, a minha idéia é que a gente faça o diagnóstico da situação de produção de alimentos na cidade, no território das unidades, identificando pelo mapa das unidades por exemplo uma plantação de banana, de árvores frutíferas... e que os espaços dos grupos sejam espaços de troca de alimentos, então... eu penso nisso (ESA2).

Tem possibilidade sim, mas a gente tem que ver por onde caminhar pra gente conseguir... Tanto nas atividades que a gente realiza: consultório, grupos, atendimento individual... é possível trabalhar isso com as pessoas, e principalmente no território, então por exemplo, no bairro... tem a feira agroecológica no sábado de manhã, e os produtores são moradores ali da região... então *articular* a produção com o consumo. Desenvolvimento de quintais, articulação intersetorial... então por exemplo articulação com

o Cepagro³⁴, [...] E é muito possível, porque na atenção primária o nosso principal papel é trabalhar com a alimentação saudável, e as pessoas que procuram o serviço de nutrição, vão ser aquelas que foram encaminhadas e nem sabem bem pra quê, mas estão preocupadas com isso. Então trazer esta questão da produção, que a alimentação saudável...as vezes eu fico falando assim: “Ah! A alimentação saudável tu pode pensar assim: na época do seu avô este alimento existia ou não? Se ele ficar muito tempo sem consumir ele vai estragar ou não vai estragar?”. E aí começa a remeter a forma de produção e as pessoas vão se dando conta disso... Até porque tem muita gente aqui que já foi agricultor, é de família de agricultor... então tem uma noção. É possível, agora tem que romper com os limites que são colocados... (ESA4).

Tem esse movimento da agroecologia, de não usar agrotóxico, de tentar um outro meio de produção que seja mais saudável... e é uma coisa que a gente trabalhou, lá no bairro... a gente tinha parceria com uma ONG, a Cepagro, que estimula as hortas comunitárias nas escolas... bem legal... ensinam a fazer a compostagem, como plantar sem o uso de agrotóxicos, então é bem importante trabalhar isso na comunidade, até pela segurança alimentar também...[...] Eu acho que sim porque isso tudo converge pra autonomia do sujeito. Quanto mais apropriação ele tem de alimentação, de como plantar... mais a gente tem uma alimentação saudável. Uma segurança... eu acho fundamental trabalhar, mas aí tem que se construir as parcerias, tem que ter tempo pra isso... mas eu acho muito legal trabalhar isso na comunidade (ESA1).

³⁴ CEPAGRO (Centro de Estudos e Promoção da Agricultura de Grupo) é uma Organização Não Governamental cuja proposta é: “ampliar a atuação na Agroecologia, agindo de forma participativa junto às comunidades rurais e urbanas necessitadas, a fim de realizar trabalho orientado para Organização Popular” (www.cepagro.org.br).

De forma geral, as nutricionistas julgam importante desenvolver ações na comunidade que envolvam a produção e o consumo de alimentos saudáveis e que isto estaria relacionado a uma forma de produção agroecológica/orgânica. Os relatos envolvem ações educativas nos grupos realizados nas ULS; a necessidade de trazer o tema para debate no matriciamento³⁵; iniciativas de hortas urbanas, hortas nas próprias ULS e parcerias com movimentos sociais, ONG's, entre outros; e até a elaboração de projeto de construção de um espaço de Promoção de Saúde, o qual envolveria espaço para culinária, hortas, entre outros.

Simpatizantes reticentes

A preocupação com a origem dos alimentos também esteve presente nessas profissionais, o que difere é a prática, ou seja, a iniciativa e possibilidade de construir ações nesse sentido:

Acho que é uma preocupação que se deva ter, até porque se tu conhece a forma de produção... e se está adequada a necessidade da população ou não. Começa a garantia desse acesso lá na produção. Se o que está sendo produzido está adequado as necessidades daquele grupo social. Acho que é de grande importância, porém eu percebo que na atuação... a gente não tem muita ação neste aspecto... (ESR2).

Acho importante, pra tá conhecendo os nutrientes, dos mecanismos pelo qual eles são produzidos porque pode envolver o uso de substâncias, acho importante nesse sentido, pra garantir que o alimento seja seguro, não só o profissional, mas as pessoas saberem pra ter segurança daquilo que elas tão consumindo (ESR1).

Porém, nesse grupo as preocupações são mais restritas e possivelmente alinhadas à visão dominante na nutrição, cujo enfoque é a contaminação dos alimentos por agrotóxicos e seus riscos para a saúde

³⁵ O apoio matricial é uma ferramenta presente na Estratégia Saúde da Família cujo objetivo é ampliar a clínica de forma interdisciplinar, com “suporte assistencial e técnico-pedagógico” que permite reorganizar a referência e contra-referência (CAMPOS, 2009, p.77).

do consumidor. Há ênfase na higienização para reduzir os resíduos de agrotóxicos, porém a literatura aponta que a correta higienização é eficaz para os contaminantes biológicos, mas não para os contaminantes químicos³⁶.

Outro aspecto citado nas entrevistas se insere na perspectiva do reforço da economia local:

Pela questão dos agrotóxicos, tem alimentos com muitos agrotóxicos... tem que priorizar também os produtos locais, da região... em virtude do hábito e de valorizar a economia local, né? [...] Pela saúde... tentar evitar estes alimentos ou orientar a higienização correta... retirar o que é possível, né? (ESR3).

Quando questionadas se incluem tal debate na sua prática profissional, essas nutricionistas relatam que existe uma dificuldade neste sentido, relacionada com a demanda de encaminhamentos, embora vejam a importância de colocar o tema em pauta:

Bem difícil, só se o paciente questiona...por ser mais caro as vezes eles perguntam se um alimento orgânico é melhor ou mais natural, enfim..mas no dia-a-dia é meio difícil, porque a gente acaba trabalhando em função dos encaminhamentos, pelo menos até então eu trabalho desta forma, e daí a gente foca mais no motivo pelo qual o paciente foi encaminhado e trabalha mais em cima disso, agora fica mais de esclarecer alguma coisa, se surge alguma dúvida...infelizmente não é uma prática (ESR1).

Nas atividades grupais relatadas, uma dessas profissionais relatou abordar o tema da origem dos alimentos, mas a diferença aparece na ênfase na correta higienização dos alimentos e no aproveitamento integral dos alimentos, (a entrevistada utiliza inicialmente o termo

³⁶ Segundo a Empresa Brasileira de Pesquisas Agropecuárias – EMBRAPA, imergir os alimentos em solução de água com um pouco de vinagre (4 colheres para 1 litro) ou bicarbonato de sódio durante 20 minutos, pode reduzir apenas de 10% e 20% do agrotóxico de contato.

"reaproveitamento dos alimentos" e "reutilização", cujo sentido se torna pejorativo, e a seguir se autocorrige):

Em algum grupo aconteceu... no Hora de Comer foi uma das abordagens que eu fiz... do *reaproveitamento* dos alimentos e também de estar cultivando algumas ervas ou temperos em casa, mas não é cotidiano do meu trabalho. [...] Foi de, pela dificuldade econômica que eles tinham, de como estar usando integralmente os alimentos... um pouco sobre a *reutilização*, a *utilização na verdade*, das cascas, das sementes, dos talos... e nisso, nem era a intenção mas aconteceu até de aparecer, de falar do cultivo, pra mostrar que as vezes tu não precisa nem comprar, pode aproveitar o espaço que tu tem em casa pra cultivar. Então foi mais nesse sentido. Porque eles recebem uma cesta do programa, então de tá sabendo como aproveitar integralmente o alimento, passei receitas... e também uma geral sobre higienização. A gente sabe que estas partes ficam um pouco mais expostas aos agrotóxicos ou outras sujidades então essa parte da higienização é bem importante [grifos nossos] (ESR1).

De forma geral, observou-se que existe uma preocupação com a forma de produção dos alimentos por parte das nutricionistas. O que difere é o enfoque desta preocupação, já que as reticentes tendem a enfatizar os perigos relacionados à saúde humana no uso de agrotóxicos, sendo apresentada a “correta” higienização dos alimentos como uma forma de redução da contaminação/intoxicação. As atuantes também reconhecem tal preocupação, mas parecem ter uma abordagem com o usuário que leve em conta a questão do acesso ao alimento orgânico e ainda identificam de forma mais clara o papel do nutricionista enquanto educador e agente articulador de políticas na promoção de formas sustentáveis de cultivo de alimentos.

Entendimento sobre práticas integrativas e complementares

Simpatizantes atuantes

Essas nutricionistas demonstram interesse pelas PIC e de alguma forma fazem uso das mesmas, seja para uso pessoal ou na sua prática profissional: prescrição de fitoterápicos, uso da reflexologia, e ainda encaminhamento para acupunturistas, homeopatas ou massoterapeutas. Elas trazem alguns elementos dignos de serem debatidos. Primeiro, questionam ou ao menos não valorizam tão somente o saber biomédico, referido como alopático/científico/tradicional. Vale esclarecer que o termo “tradicional”, que na nomenclatura acadêmica remete a algo de saber milenar e ou da cultura popular (como a medicina tradicional chinesa e a medicina ayurvédica ou a culinária típica de um povo), nesta pesquisa é utilizado pelas entrevistadas referindo-se ao saber convencional/biomédico/acadêmico hegemônico. Em segundo lugar, discutem o resgate e valorização do saber popular envolvido, por vezes, no uso das PIC e ao mesmo tempo consideram esse uso como uma forma de enfrentamento de uma “realidade não ideal” no campo da saúde. Terceiro, associam essas práticas com uma visão ampliada, holística do indivíduo e seu processo saúde-doença. Assim, referem uma visão positiva de tais práticas:

Então... eu não conheço muito. Mas eu sou... [pausa] como é que eu vou dizer... é... [pausa] eu tenho uma simpatia, digamos assim. Eu não desmereço, pela medicina alopática, enfim, a tradicional... (ESA3)

Ah... eu acho muito bem vindo. Toda a importância... porque eu acho que tem muito... envolve o saber popular... as vezes não é comprovado cientificamente, e nem sei se há interesse em comprovar, mas a gente tem anos de experiência dessas pessoas... da avó que passou pros filhos, netos... e eu acho que isso é muito válido! Então tudo que a gente fizer pra valorizar o saber deles... e aí claro tem que ver o que a gente realmente pode... e aí tem estudos em cima disso, não sei exatamente até que ponto eu posso indicar, até tenho que ir mais atrás

disso, mas eu acho muito legal. É diferente do tradicional [convencional, biomédico], porque vê o ser como um todo, de forma integral, trabalha também os sentimentos, a percepção do mundo, das coisas... é uma forma de enfrentar a realidade de hoje, que a gente não concorda muito [risos]. Da forma como a sociedade se estrutura e tal... eu acho um movimento inverso, fortalece a pessoa, dá um direcionamento. (ESA1).

Neste mesmo sentido, a entrevistada faz uma reflexão sobre as diferentes concepções de saúde, a situação de sua existência e a persistência social de outras formas de cuidado e cura, remetendo ao que já foi chamado de *pluralismo médico* por Helman (1994)³⁷:

Eu penso que tem diferentes formas de compreender saúde [...] e a gente tenta imprimir no ocidente um único jeito e isto gera um conflito nas pessoas que já tem as suas práticas de cuidado e de saúde. E existem outras culturas, então eu acho assim, a gente teria que tentar permear a cultura do cuidado ocidental com outras práticas que já existem no sentido de manter elas, porque... assim... elas já existem! A gente nega elas, esconde... fecha os olhos pra elas. Mas diversas práticas de saúde que eu chamo de *contra-hegemônicas*, porque elas não estão instituídas, né? Elas tão aí e de diferentes formas as pessoas vão trabalhar isso, tanto no plano da nutrição quanto na medicina... da enfermagem, do cuidado... então eu acho que a gente tem que estar aberto pra isso (ESA2).

Vale comentar que o uso do termo “contra-hegemônico” para se referir as PIC, não parece, num primeiro olhar³⁸, ser utilizado na mesma acepção teórica cunhada por Gramsci (1986), para quem a hegemonia

³⁷ HELMAN, C. G. Cultura, saúde e doença. Trad. Eliane Mussnich. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. Cap. 4, p. 70-99.

³⁸ Em especial pelo fato de a entrevistada justificar a contra-hegemonia pela não institucionalização das PIC.

explicaria a dominação ideológica de uma classe social sobre a outra e/ou parte do Estado. Nada obstante, no decorrer da entrevista, o uso do termo *contra-hegemônico* pela nutricionista ganhará a conotação de Gramsci, o que será discutido no item “A construção da Nutrição Complementar Integrada”. Desta forma, essa conotação *contra-hegemônica* pode ser considerada, com efeito, para as PIC ou uma visão plural dos métodos, técnicas e saberes de cura, cuidado e nutrição, uma vez que há um forte e dominante movimento social e institucional de medicalização da vida e da dieta, em que ao menos formalmente e institucionalmente há uma clara hegemonia no sentido *gramsciano* do termo, da visão dominante da nutrição. Apesar de não haver algum tipo de movimento social ou cultural que almeje conquistar esta hegemonia, de certo modo a persistência das PIC e sua busca por parcelas crescentes da sociedade, pode sugerir uma reação de questionamento a essa hegemonia instituída. A vinculação dessas práticas (PIC) com uma visão ampliada e holística por parte das entrevistadas também reforça esta possibilidade, adiante melhor discutida.

Em relação ao conhecimento a respeito da PNPIC, apesar de simpatizantes atuantes e saberem de sua existência, essas nutricionistas parecem não ter um aprofundamento e compreensão da articulação nacional a respeito das PIC:

Não... nunca veio até mim nada. E também nunca procurei, não sabia que tinha realmente (ESA5).

Eu não conheço muito bem, nunca li a política, eu não sei como ela tá pautada, mas eu vejo que tendo uma política neste sentido, garante estruturar um serviço desta forma. Então eu acho que é importante trazer a política em nível nacional com o nível municipal. Agora... se já tem alguma ação neste sentido não chegou até mim ainda e eu não fui atrás também. Mas é importante sim ter uma política que garanta que isso seja colocado em prática e cada vez melhor desenvolvido assim, né? Do que essas práticas isoladas que é o que tem acontecido. Por mais que tenha um avanço já nisso, uma política garante outras coisas... garante uma maior visibilidade, um maior trabalho nisso, recursos, enfim... Agora não conheço como está! (ESA4).

Eu tive conhecimento, até da própria construção... depois eu dei uma olhada assim por alto, não me detive numa leitura mais aprofundada da política. E na Prefeitura não foi potencializado que a gente discutisse, trabalhado em cima da própria política (ESA2).

Até conheço... a portaria das práticas integrativas, mas bem superficial, assim. Não tenho nenhum aprofundamento [...] Eu acho importante porque fortalece as práticas integrativas no país. Que até então vinham sendo realizadas as práticas, mas de uma forma mais marginalizada, não como sendo uma terapêutica verdadeira, então... acho que isso dá um embasamento para que se pare um pouco com esta discussão de que somente a medicina tradicional, as práticas convencionais de tratamento são válidas. Então eu acho que por este ponto político é bastante importante. Agora eu acho que falta um pouco disso mais na discussão do sistema de saúde. A maioria das pessoas nem conhece a política, então eu acho que isso... a sistematização pro nível local é uma coisa que não acontece as vezes... da política em si, não que as práticas não ocorram. A própria política não consegue fazer esta ligação do município com a política depois que ela foi implantada. Em Recife eu fiz um estágio lá e eles têm um... centro de práticas integrativas. E é bem legal lá... (ESA3).

Este último depoimento ressalta a necessidade de interação das políticas nos níveis de gestão, destacando a experiência do município de Recife/PE, que possui a Unidade de Cuidados Integrals em Saúde (UCIS) Prof. Guilherme Abath, inaugurada em 2004 oferecendo: Homeopatia, Acupuntura, Fitoterapia, Bioenergética, nutrição e educação em saúde, lian gong, bionergética, tai chi chuan, dança e percussão, alimentação saudável e automassagem (GURGEL, 2010).

Outra reflexão é a dificuldade de inserção das PIC devido a certa resistência encontrada por muitos profissionais da área da saúde:

É que é algo muito novo pra quem tem uma visão mais tradicional [convencional]... tem gente que não... *muita* gente não consegue ampliar o olhar,

ainda. E aí conforme vai tendo estas práticas isoladas e vai tendo um bom resultado, vai envolvendo os demais também (ESA4).

São formas diferentes de entender a saúde... é um jeito diferente de pensar saúde... isso enfrenta uma certa resistência de alguns profissionais que estão acostumados a ver de um único jeito, né? Não conseguem entender que... [pausa]. Por exemplo, homeopatia, é uma coisa que eu respeito e tal, mas eu ainda não consigo compreender a homeopatia... a acupuntura, a gente tenta compreender a acupuntura, né? Mas a gente não compreende como é o desenvolvimento da medicina tradicional chinesa, que é uma outra lógica, um outro jeito de entender a medicina, de compreender a saúde. Então não adianta assim, a gente pegar por exemplo uma prática e só colocar a ação prática daquela linha, daquela racionalidade, né? Que as vezes acontece também, então... Ah... eu sei por exemplo pontos importantes de acupuntura e aí eu só uso estes pontos, sem compreender o todo, sem compreender porque está acontecendo esta desorganização nos indivíduos... né? O que gerou isso... então isso eu acho que também é uma coisa que preocupa um pouco. (ESA2)

Por outro lado, a visão de risco (CAPONI, 2003) e insegurança por parte dos profissionais de que o usuário siga apenas o tratamento dito “alternativo” apareceu em uma das entrevistas. E curioso que isto emergiu no discurso de uma profissional que faz uso das PIC (prescrição de fitoterápicos) e não na categoria simpatizante reticente:

Eu acho que todas elas são válidas, só que tem que tomar muito cuidado, tem que ser feito por profissional capacitado pra isso, né? E o paciente tem que ter bastante cuidado pra não ficar... neurótico... não neurótico assim, né? Mas deixar de seguir algum tratamento médico, um remédio, uma especificação, pra substituir por alternativas, né? Então muitas vezes eles auxiliam, mas o paciente não pode deixar de fazer o tratamento convencional também. E tem que realmente seguir

por profissionais capacitados... porque a gente vê umas loucuras... eu falo na parte da alimentação... e na medicação, as vezes pára de tomar a medicação que o médico prescreveu pra tomar um chá, que as vezes não tem o mesmo efeito... ou acaba mascarando um problema maior. Tem que ser uma via de mão dupla, o tratamento tradicional [biomédico] aliado com estas outras práticas alternativas, porque eu acredito que pra melhorar a saúde, o bem estar do paciente, tudo é válido, ainda mais se apresenta resultados positivos. Várias pessoas comentam que fizeram e tiveram bons resultados... (ESA5).

Nesse depoimento transparece que existem diferentes concepções na orientação das práticas, o que Tesser (2009) considera que é uma preocupação maior dos profissionais de saúde e intelectuais, já que os usuários teriam uma maior facilidade de transitar entre as diferentes práticas e saberes: “percorrendo diferentes itinerários terapêuticos e, porque não dizer, promotores de saúde, quando a eles têm acesso” (TESSER, 2009, p. 1740).

Simpatizantes reticentes

Essas nutricionistas demonstram uma simpatia ao tema, embora não façam uso na sua prática profissional. Desta forma, o entendimento a respeito das PIC é mais superficial, não envolvendo uma crítica ao modelo biomédico/alopata como apareceu nas simpatizantes atuantes. Surge a questão da complementariedade das PIC como algo importante, e que não poderia ser deixado de lado:

É uma prática que já existe há um bom tempo por alguns profissionais, né? Às vezes é uma coisa que aparece por modismo, mas nos últimos anos houve um grande desenvolvimento e maior adesão das pessoas, que acabam usando as duas práticas, do que eu percebo é isso, as pessoas buscam, seja nessas medicinas alternativas, acupuntura... tudo o que existe de acesso a eles, mas não deixando a medicina tradicional, acaba usando as duas coisas. Eu não vejo em si, ainda, uma prática tão

consolidada no município, daquilo que eu conheço (ESR2).

São opções que complementam, e que talvez sejam únicas para as pessoas que não desejam um tratamento convencional/alopata... acho que é isso! Tratamentos complementares, como o próprio nome diz, e que auxiliariam a melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas... (ESR1).

Outra nutricionista não externou o seu entendimento das PIC por referir não conhecê-las a ponto de fazer uso pessoal ou profissional: *“Pra te ser bem sincera conheço muito pouco... do pouco que eu li... das pessoas que fazem uso e comentam, né... Mas eu nunca trabalhei, nunca me beneficieei, nunca me aprofundei”* (ESR3).

Da mesma forma, o conhecimento da PNPIC é superficial, o que revela inclusive, que não há uma divulgação ou suporte pela SMS nesse sentido: *“Só ouvi falar... mas sei que tem essa intenção de disponibilizar estas práticas para as pessoas no SUS, mas não tenho conhecimento... se tem fitoterapia disponível se a gente recomendar... acredito que não...”* (ESR1).

Em estudo realizado com 56 profissionais da área de saúde pública do município de Juiz de Fora/MG no ano de 2007, constatou-se que 50% dos entrevistados desconheciam a possibilidade de utilização das PIC no SUS. Os autores de tal pesquisa consideram que independentemente do uso profissional das PIC, seria esperado que esse conhecimento fosse maior num grupo de profissionais da atenção à saúde (GONÇALVES *et al*, 2008).

Resta evidente a necessidade de estratégias de divulgação das PIC na APS, assim como no meio científico, de forma a gerar uma ampliação do olhar dos profissionais de saúde. Tesser considera que devemos proporcionar uma “legitimação sócioinstitucional” das PIC, de forma a democratizar e politizar a questão (TESSER, 2009, p. 1740).

Relação entre as PIC e a formação do nutricionista

De onde vem este conhecimento individual sobre as PIC? Que relação há entre esse conhecimento e a formação profissional? Houve diferenças e semelhanças entre as atuantes e as reticentes. Todas foram unânimes em referir em referir a ausência de informação sobre as PIC, em geral ou quanto à nutrição, na graduação.

Ouvi falar alguma coisa, mas não me lembro de ter tido algo muito concreto na faculdade... (ESR3).

Não, na graduação praticamente nada, e como na formação complementar foi mais voltada pra área hospitalar não tive muito conhecimento vindo das instituições pelas quais eu passei (ESA1).

Da mesma forma, o supra citado estudo realizado em Juiz de Fora/MG apurou que 82,15% dos profissionais de saúde não cursaram disciplinas com abordagem das PIC durante a graduação (GONÇALVES *et al*, 2008).

As *atuantes* referiram que este conteúdo deveria ser abordado na graduação:

Eu acho que já teria que ter uma noção na graduação, pra pelo menos saber do que trata cada prática... e depois deveria ter cursos de atualização, seminários... ou até uma especialização, pra de repente tu ver... “Ah! De repente me interesse por esta área, então vou aprofundar um pouco mais”. [...] mas eu acho que a base deveria ser passada na graduação, para ter conhecimento, e depois se tiver interesse vai buscar uma atualização, uma especialização... (ESA5).

Sim, principalmente para a saúde pública, para o SUS. Porque a universidade tem esse papel, de formar para o SUS, então quanto mais a gente se envolver nisso, ter acesso a isso na graduação, é bem interessante (ESA1).

No depoimento de ESA1 surge o papel das universidades na formação de profissionais com competências para atuar no SUS, o que converge com a recomendação das diretrizes curriculares do Conselho Nacional de Educação:

Permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades, conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com

abordagens nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo de Reforma Sanitária brasileira (BRASIL, 2001, p.4).

Além desta questão, algumas das entrevistadas demonstraram uma preocupação no tipo de formação em PIC, em especial no que tange a fitoterapia:

Agora é um processo, então não dá pra ser assim: “Ah, agora vamos fazer um cursinho de um dia, ou dentro de uma disciplina”. Eu acho que teria que ser ao longo de toda a graduação, experimentar estas diferentes possibilidades, não só do ponto de vista antropológico, mas do ponto de vista da saúde mesmo. Esse tratamento, ele funciona em que sentido? Essa ação, né? Como a gente pode complementar com reflexologia ou com argiloterapia o tratamento da nutrição? Coisas que a gente pode trabalhar articuladas... que exercícios de respiração a gente pode fazer pra melhorar a questão da nutrição, neste sentido da saúde... (ESA2).

Eles não colocaram no currículo... [risos] Eu acho que sim. Independente se a gente tem resolução ou não, o uso principalmente da fitoterapia pra gente é uma realidade. Sei lá... tem pessoas que tu conversa, que tu atende... 98% usa algum tipo de chá. Porque a maioria são mulheres, acima dos 40 anos... então são pessoas que usam mesmo. Os próprios homens têm usado bastante, não é só uma coisa das mulheres. Mas do que a gente atende a maioria faz uso de algum chá. Pelo menos um chazinho pra digestão, de boldo... ou enfim... e a gente não tem essa base, é como se fosse ignorado... a gente esquece disso e que isto tem interação com várias coisas, inclusive com o que a gente orienta... e finge que não é nada e pronto... é isso. Passa por cima. A graduação pra mim faz isso... eu acho que independente de ter resolução já devia estar vendo isso, e discutindo isso a muito tempo (ESA3).

Aparece aqui uma crítica à formação, no sentido de que a graduação não permite a ampliação do olhar para a autonomia do sujeito e que o uso de práticas integrativas de caráter popular são ignoradas, o que se reflete na atuação profissional. Já outra entrevistada tem a percepção de que apesar deste conteúdo não fazer parte da formação básica dos profissionais de saúde, muitos destes (com atuação na atenção primária) tem abertura para o tema:

Sempre tem a formação, um jeito de entender saúde que depende da pessoa. Mas a gente tenta potencializar isto na câmara técnica. E assim... mesmo as pessoas que não tem uma prática tão efetiva neste sentido, demonstra o interesse em estarem fazendo. E mesmo profissionais de saúde que não são nutricionistas, os médicos, os enfermeiros, os ACS, também demonstram a importância de fazer este trabalho, assim... eles pedem (ESA2).

Esta relação com os demais profissionais da equipe foi anteriormente debatida em outros estudos. Tesser (2009) comenta que as relações tornam-se relativamente harmoniosas com as práticas complementares, e que o interesse pelas mesmas é crescente:

Via de regra, nos serviços que tomam iniciativas de oferecer alguma prática complementar, ocorre colaboração dos profissionais, com uma apreciação positiva quanto à diversificação de espaços promotores que acabam sendo sempre também “terapêuticos”, sob vários pontos de vista (TESSER, 2009, p. 1738).

As diferenças no discurso das profissionais apareceram no tocante à formação de pós-graduação. As nutricionistas atuantes tiveram algum tipo de formação na área. Uma delas adquiriu este conhecimento (em especial sobre fitoterapia/plantas medicinais) junto aos movimentos sociais; outra fez curso de atualização em fitoterapia/nutrição funcional; e as demais (3 profissionais) tiveram este conteúdo na especialização/residência em Saúde da Família, embora tenha sido pouco aprofundado:

Tive na especialização, sobre chás... acupuntura... plantas medicinais... mas na graduação...olha, acho que não (ESA1).

Na graduação eu tive pouquíssima coisa, do ponto de vista da antropologia, de estudar os estilos alimentares de outros povos, aí eu procurei durante a graduação ou logo depois que me formei, eu aprendi um pouco sobre alimentação hindu, eu trabalhei um tempo em um restaurante hindu, então já contribuiu pra minha formação isso. [...] Na especialização em saúde da família a gente viu alguma coisa de acupuntura, de fitoterapia também, e na própria prática com o movimento aí eu vi mais ainda, especialmente da fitoterapia e de outras possibilidades, mas mais a fitoterapia, com uso de tinturas... de chás, de plantas medicinais... (ESA2).

Na graduação não. O pouco conhecimento que eu tenho vem da residência, da parte mais das políticas públicas voltadas para as práticas integrativas... é... [pausa] um pouco de interesse pessoa também, de tá lendo, fazendo alguma terapia... conversando com a minha avó também, né? (ESA3).

Aqui aparece a visão de que o conhecimento a respeito das PIC pode ser adquirido de outras formas, que não as mais convencionais através do meio acadêmico, e cita o papel do diálogo com os que dominam este saber popular, como pessoas mais idosas e que mantiveram o saber tradicional de cura por métodos naturais, tal como refere Menéndez (2003) ao categorizar o saber popular/tradicional como uma das formas de cura.

Essas nutricionistas demonstraram interesse em aprofundar o conhecimento a respeito das PIC em Nutrição, e quando questionadas sobre qual a melhor forma de ampliar este conhecimento, surgiram diferentes opiniões que vão desde cursos específicos para fitoterapia até a troca de experiências com outros profissionais da saúde especializados na área:

Eu sou muito mais de acordo com estas práticas, do que a prática tradicional [biomédica]. Inclusive vejo mais resultados... só que eu conheço muito pouco. Em relação aos fitoterápicos, que a gente prescreve... eu tenho um conhecimento *muito* básico, assim... eu não tenho segurança inclusive na prescrição. Até pela ACAN³⁹ eu to sempre puxando, vamos fazer um curso de fitoterapia... porque eu acho importante, a gente não tem isso na nossa formação... (ESA4).

Se tivesse tempo eu acho que o ideal era ir no horto e aprender ali...[risos] Mas não tem como, então eu acho que é estudando mesmo...talvez algum curso na área, específico para a Nutrição. Eu acho que o horto da universidade pode me ajudar bastante a aprender [...]. Estar lá na unidade mesmo, junto com o médico que faz... com os profissionais que fazem este tipo de tratamento, eu acho que é por aí. O ideal seria ir mesmo pra um lugar que tem as plantas e aprender. Ver ali na prática... ou fazer grupos com a comunidade... e trocar com a própria comunidade e depois ir analisando cientificamente, se tem alguma comprovação, se tem respaldo pra gente orientar desta forma... (ESA3).

As reticentes não aprofundaram muito este tema durante a entrevista. Nenhuma delas possui alguma formação posterior em nível de atualização ou especialização voltada para as PIC. Porém, duas das três nutricionistas reticentes referiram interesse em ampliar seu conhecimento na área, uma em fitoterapia/nutrição funcional e outra em dietoterapia chinesa:

Eu gostaria, se eu pudesse, de fazer uma especialização mesmo. Não só de fitoterapia, mas de alimentos funcionais que eu acho bem interessante também (ESA1).

³⁹ Associação Catarinense de Nutrição

Eu até já vi cursos na medicina chinesa, na parte da nutrição...bem interessante [...] Mas por questões pessoais, familiares e filhos eu não pude fazer... (ESA2).

Diante do exposto, observa-se, mais uma vez, que o tema das PIC não é abordado na graduação em Nutrição, tal como referem Coury, Silva e Azevedo (2007):

A abordagem holística da Nutrição Complementar objetiva preparar o profissional para perceber a multicausalidade dos processos saúde-doença e criar novos valores na atenção e assistência à saúde [...] Trata-se de uma proposta inovadora, devendo ser expandida e potencializada, assegurando-se, dessa forma, um espaço de construção de uma integração das diferentes abordagens em nutrição. Para isso, torna-se necessária a avaliação dos currículos atuais, onde ainda se observa o predomínio da visão biomédica de restabelecimento da saúde, onde os padrões da nutrição complementar não são contemplados, seja por preconceitos, seja por desconhecimento de seus fundamentos. Isso leva à fragmentação do conhecimento e à perda de uma visão integral do ser humano e de sua ampla contextualização (COURY; SILVA; AZEVEDO, 2007, p.1033).

A análise dos cursos de graduação na área da Nutrição não é objeto deste estudo, mas é necessário reconhecer que, para uma ampliação dos horizontes da prática profissional, é essencial que a PNPIC esteja aliada a um conjunto de mudanças na atuação dos profissionais de saúde e, principalmente, nos cursos de graduação da área.

De acordo com Barros (2002), muitos profissionais não se sentem preparados para lidar com os componentes subjetivos ou afetivos do processo saúde-doença, mesmo quando compartilham a idéia de que estes existam. Esta dificuldade afasta os profissionais de uma abordagem holística da saúde.

Apesar da escassa bibliografia a respeito do tema, alguns pesquisadores avaliaram a percepção de alunos de graduação de enfermagem e de medicina. Um estudo com acadêmicos de medicina da

Universidade do Sul de Santa Catarina revelou que os mesmos tinham interesse em aprender sobre as práticas complementares e que o conhecimento que tinham foi adquirido, em sua maior parte, por meio de outros profissionais ou propagandas de televisão (KULKAMP *et al*, 2007). Outra pesquisa realizada em Florianópolis com médicos e enfermeiros vinculados à ESF no ano de 2008, identificou que 60% dos profissionais teriam interesse por PIC, 89% tinham conhecimento a respeito da PNPIC e todos deram parecer favorável para a inclusão de tais conteúdos nos cursos de graduação (S. THIAGO, 2009).

Outra área com interesse nas PIC é a enfermagem, a qual por meio de uma Resolução de seu Conselho Profissional reconhece desde 1997 que o enfermeiro pode ter competências como terapeuta alternativo⁴⁰. Em pesquisa realizada com alunos de enfermagem de duas instituições de ensino do estado de São Paulo no ano de 2001, apresentou-se como resultado que as PIC mais conhecidas eram terapia floral, acupuntura e homeopatia, sendo que a maior parte dos alunos adquiriu tais conhecimentos por meio de informações veiculadas pela mídia ou outros meios não acadêmicos, sendo que apenas 22% dos alunos referiram ter obtido informações a respeito de PIC na faculdade (TROVO; SILVA; LEÃO, 2003).

Relevância das PIC para o nutricionista

Foram discutidas as contribuições que as PIC poderiam ou não trazer para a atuação do nutricionista. A diferença entre atuantes e reticentes quanto a esta questão não foi significativa, motivo pelo qual são apresentados unificadamente os temas encontrados.

As atuantes levantaram elementos que incluem a crítica da formação dominante, e alguns depoimentos demonstraram dar certo valor a uma forma diferente de atuação, no sentido de rever o paradigma nutricional em prol de uma ampliação da visão e uma abertura para a complexidade do processo saúde-doença-atenção. Nesse sentido, há uma valorização positiva da contribuição das PIC por esse grupo, inclusive como dispositivos para ampliar a atenção primária:

⁴⁰ Mediante realização de cursos reconhecidos em instituição de ensino, com carga horária mínima de 360 horas (TROVO; SILVA; LEÃO, 2003).

Tu conseguir ampliar primeiro o teu conceito de saúde. Eu acho que quando consegue ampliar o conceito de saúde tu consegue ver que as práticas integrativas tem lugar na atenção primária, na média complexidade, no hospital... Tem lugar no sistema de saúde como um todo... só entender o complexo processo saúde doença e respeitar as diferentes formas de lidar com ele. [...] A gente deixaria de fingir que as coisas não existem, entendeu? É... [pausa] como a medicina chinesa... as medicinas mais alternativas, digamos assim... eu não sei fazer um comparativo de como isso seria na atenção primária. Eu acho que seria interessante fazer isto dentro da equipe, por exemplo. Fazer um centro de práticas complementares, ou pesquisar em outros lugares que já tem esta experiência, pra tá dando uma olhada de como é a receptividade das pessoas com diferentes terapêuticas. Mas eu acho que vai se criando também, né? Vai deixando um pouco de lado a prática do profissional de sair com remédio... alopático, isto vai sendo construído, a saúde vai sendo construída, assim como as terapêuticas (ESA3).

A experiência individual de uso de alguma PIC, observada nesta pesquisa, foi identificada como algo que influencia a abertura para recomendação de outras práticas na atenção primária e na atuação do nutricionista, a partir de uma visão positiva de efetividade e eficácia empíricas:

Porque na prática e até comigo, no meu processo de saúde-doença, eu vejo que dá mais resultado, por exemplo, eu tava com um problema no joelho, tentei diversas formas, fiz *diversos* exames, *milhares* de coisas, nada melhorou... fui fazer acupuntura e *melhorou...* (ESA4).

Na maioria das unidades que eu trabalho tem acupuntura e homeopatia. Então, por exemplo, eu to trabalhando com um grupo de pessoas que

querem emagrecer, trabalhar junto com a homeopatia a questão da ansiedade, dá um resultado *muito* grande. E não tem os efeitos colaterais que a medicação alopática tem. Então, nesse sentido, por ser uma prática mais natural, com uma interação do corpo com a natureza e até a questão da acupuntura que é uma outra leitura do corpo, pelos meridianos... enfim, e a gente vê que tem resultado *sim*, então parece muito mais saudável e com um resultado muito melhor. E aí tem toda a história, da medicina tradicional... é baseada em exames, a indústria farmacêutica... aí vem tudo isso que influencia e que faz com que seja o modelo vigente de hoje, né? Tem todo um processo histórico neste sentido... muito mais do que ser efetivo ou não (ESA4).

Essas profissionais elencam contribuições que “um olhar ampliado para as PIC” poderia trazer para o nutricionista. Os cuidados tradicionais remetem ao contato com as plantas e a terra, às tecnologias independentes do aparato médico-industrial, e a convivência com visões distintas:

Tem bastante contribuição... esses cuidados tradicionais... com plantas... com a terra... [...]. Então se a gente puder utilizar de forma mais direcionada para a nutrição é bem interessante. E o próprio contato... uma auto massagem, de mostrar pra pessoa onde é o ponto que ajuda diminuir a pressão... isso tudo já pode, já melhora a situação de saúde das pessoas. E também eu acho que se tu tem uma visão diferente... *de pensar a nutrição de forma diferente* é muito importante e é uma contribuição destas práticas. Por exemplo, na universidade a gente aprende que o café da manhã é a principal refeição do dia, aí tem outros livros que dizem que não, que de manhã você está eliminando toxinas, então como é que tu vai comer muito de manhã? E à medida que tu concebe isso como uma possibilidade tu pode interagir com as pessoas que *não* tomam café da manhã de uma outra forma, que não a prescritiva: “Não, agora você *tem* que tomar o café da manhã”. É um

exemplo... então eu acho que tem bastante coisa sim pra contribuir (ESA2).

Assim, as PIC parecem trazer contribuições no sentido de repensar a atuação profissional. As questões de valorização do saber tradicional, com o questionamento do saber acadêmico hegemônico, contribuem para a construção de um olhar crítico a uma postura autoritária prescritiva, comum na atuação da nutrição e de outros profissionais da saúde, conforme discutido no Capítulo 1. Vale ressaltar que está havendo um reconhecimento dos méritos das PIC, em especial no que se refere ao processo saúde-doença e na construção de relações solidárias entre profissional e usuário: “maior satisfação com a abordagem filosófica, cosmológica e de significação (holística) dos adoecimentos proporcionada no campo das MAC, denotando certa convergência entre os valores e crenças dos usuários” (TESSER, 2009, p. 1733).

Por outro lado, uma das entrevistadas, considerada *atuante* por utilizar fitoterápicos no ambulatório, possui opiniões mais vinculadas ao pensamento biomédico do que à uma postura crítica, não movida pela visão dominante da Nutrição:

Eu acredito que sim, porque estas terapias provocam a melhora de doenças, questões psicológicas, de ansiedade, relaxam... e com isso conseguem *aceitar melhor as modificações alimentares, conseguem seguir melhor o tratamento dietoterápico porque está mais propício para aquilo*. Às vezes estão tão estressados com alguma outra coisa, que a alimentação passa a ser um refúgio. Então ajuda bastante estas outras práticas alternativas. E além de ajudar... têm muitos fitoterápicos que ajudam no tratamento de várias doenças, o que é comprovado cientificamente, e eu acho que deve ser usado, até incentivo a utilização, mas tudo sempre aliado ao tratamento médico também [grifos nossos] (ESA5).

Oliveira *et al* (2008) trazem que se a conduta nutricional é permeada pelo discurso normativo, a relação entre o nutricionista e o paciente torna-se ameaçadora e a dieta é imposta, sem a participação do paciente como co-autor do seu processo dietoterápico. Determinadas

posturas profissionais acabam por se revelar controladoras, observada na reflexão de Carvalho e Gastaldo (2008):

Estratégias, aparentemente inocentes e naturais, como a intervenção sobre a dieta dos indivíduos objetivando a prevenção e (ou) a redução da obesidade, podem contribuir para a saúde das pessoas e, paradoxalmente, constituir práticas de controle sobre os indivíduos e coletivos (CARVALHO; GASTALDO, 2008, p.2034).

Por outro lado Assis e Nahas (1999), baseados em Holli e Calabrese⁴¹, referem que nem sempre o termo *adesão* ao tratamento está relacionado à práticas autoritárias, podendo sugerir um diálogo com o paciente na definição de estratégias para as mudanças alimentares desejadas.

Já a opinião das reticentes a respeito das possíveis contribuições das PIC para a Nutrição esteve relacionada à possibilidade de ampliação da oferta de opções aos usuários:

Acho que daria mais alternativas para os pacientes, porque eu acho que essa prática tradicional [biomédica] da nutrição... [...] as vezes ele [o paciente] não consegue fazer esse tradicional e as mudanças dos hábitos alimentares. Trazer essa proposta de funcionais e fitoterápicos contribui, porque é diferente... os pacientes acabam gostando de saber dessas dicas e de como um alimento, uma erva, pode estar contribuindo também e auxiliar no tratamento dele (ESR1).

Outro aspecto mencionado foi a relação entre as práticas integrativas na nutrição e uma visão mais natural e saudável da alimentação, com crítica ao uso de suplementos vitamínicos, e relacionada a uma visão integral do ser:

⁴¹ HOLLI, B.B., CALABRESE, R.J. *Communication and education skills: the dietitian guide*. 2.ed. Pensylvania : Lea & Febiger, 1991. p.1-18.

Tem tudo a ver com a prática da nutrição enquanto alimento-saúde. O próprio alimento tem sua parte... o alimento é uma farmácia, digamos [risos] então muitas destas práticas são... como eu vou dizer... completam melhor a orientação no uso mais saudável da alimentação, do que tá prescrevendo uma medicação ou uma vitamina... então eu acho que estas práticas fazem mais a enxergar o organismo como um todo e na nutrição eu visualizo assim. Então eu acho que tem tudo a ver, mais do que da forma medicamentosa de tratamento (ESR2).

De forma geral, observou-se uma coesão entre os depoimentos das atuantes e reticentes a respeito da contribuição das PIC para a Nutrição, entendendo que trazem uma ampliação do olhar do profissional, relacionada ou não a experiência individual no uso de alguma PIC. No entanto, certa incoerência transparece no momento em que a recomendação de fitoterápicos, por si só, não aliada à uma formação em saúde coletiva, ou conhecimento de outras racionalidades, acaba por reproduzir a lógica dominante e prescritiva. Tal tema será aprofundado no tópico a seguir.

Conhecimento e pensamento sobre a normativa que permite ao nutricionista prescrever fitoterápicos

Simpatizantes atuantes

Como esperado, na opinião das nutricionistas desta categoria a prescrição de fitoterápicos pela Nutrição é considerada importante para a prática profissional:

Acho bom, acho que representa um avanço, pensando esta prática como uma prática profissional (ESA4).

Eu acho que é um avanço, sabe? Porque abre outras portas pra gente tá trabalhando com perspectivas terapêuticas diferentes do que a gente é ensinado a trabalhar, né?! E que é dado na graduação inteira, vendo o *alimento como nutriente* e não como alimento. E centrado naquela

saúde tradicional, digamos assim. Tradicional pro meio científico, não pro meio popular, porque a fitoterapia é muito mais tradicional do que o remédio em si... então... tradicional pra gente [risos]. Então eu acho que abre portas (ESA3).

Desde que eu descobri que tem esta resolução eu prescrevo fitoterápicos [risos] (ESA2).

A nutricionista ESA2 possuía um conhecimento na área de fitoterápicos/plantas medicinais anterior à Resolução 402 do CFN e assim que soube da regulamentação iniciou um trabalho nesse sentido. Já ESA3 traz a reflexão de que a resolução pode ser um instrumento para a introdução de temas a serem debatidos na categoria, de modo que o paradigma nutricional, expresso em seu depoimento pelo “alimento como nutriente e não como alimento” possa ser relativizado.

Outro aspecto de destaque é o fato da maior parte das nutricionistas não se sentirem seguras para tal prescrição, sugerindo uma capacitação profissional:

Tem a resolução mas não tem a formação nesse sentido. Essa é minha grande crítica, assim... Tanto os cursos... por exemplo o curso da UFSC mudou todo o currículo agora, mas isso não está previsto no currículo *ainda*, pelo menos de uma forma clara. Na minha formação eu não aprendi *nada* em relação a fitoterapia... não éramos prescritores, mas mesmo assim... e mesmo depois da resolução... o CFN fez a resolução mas não fez nenhuma capacitação neste sentido aos profissionais... então tem muito profissional no mercado que trabalha com fitoterapia sem um cuidado... Eu vejo que tem isso, tem gente que pega aquele... *não sei que lá de A a Z* e vai prescrevendo de acordo com *aquilo*... e a gente sabe que nem sempre é confiável! Então eu acho que é positivo sim ser prescritores de fitoterápicos, mas não da forma como está sendo, sem uma formação adequada (ESA4).

Acho positivo, só que tem que ter uma capacitação pra isso, até a própria lei recomenda que se faça, mas a gente não tem. Acho legal desde que a gente tenha um embasamento (ESA1).

A recomendação de fitoterápicos aparece como positiva, mas ao mesmo tempo surge a insegurança na prescrição e transparece a responsabilidade perante o usuário. É identificada uma preocupação com o uso adequado das plantas: interações, dosagens, toxicidade, indicações *etc.*, o que demonstra um cuidado para o uso seguro e racional de fitoterápicos, seguindo a recomendação do CFN, que sugere a segurança técnica para a prescrição (CFN, 2008).

Acho que a maioria dos nutricionistas não está preparada para estar usando conscientemente as ervas... Eu tenho receio, assim... de orientar o chá sem saber a interação que ele pode dar com o próprio medicamento que a pessoa está tomando... ou se tem alguma dose que possa causar alguma intoxicação, né? [...] Gostaria de saber mais, a própria fitoterapia, que teoricamente a gente pode prescrever, mas a gente não é preparado para prescrever. Então tem que ter um certo cuidado (ESA3).

Kalluf (2007) levanta alguns critérios essenciais para a prescrição de fitoterápicos articulada à orientação dietética:

“i) Saber qual parte da planta utilizar e todas as propriedades terapêuticas da mesma; ii) Conhecer os critérios de controle de qualidade; iii) Saber qual a melhor maneira de utilização; iv) Saber qual a dosagem e o tempo do tratamento; v) Avaliar toxicidade, interações e possíveis efeitos colaterais das plantas; vi) Não prescrever fitoterápicos que estão sob prescrição médica e respeitar a avaliação da equipe multidisciplinar” (KALLUF, 2007, p.37).

Uma das entrevistadas fez um curso de atualização na área:

Foi um curso de três finais de semana... não sei ao certo a carga horária, mas falou de toda a fitoterápicos, os riscos, os benefícios, artigos científicos... comprovando a utilização de cada um, o que o nutri pode prescrever, o que só o médico pode prescrever... falou de suplementação também, não só das ervas, vitaminas, minerais, foi

um curso geral, mas que trouxe uma noção geral dos riscos, benefícios, o que tu pode prescrever o que tu não pode... discutiu essa resolução, foi bem interessante (ESA5).

Ao ser questionada se, com este curso, sentia segurança em prescrever fitoterápicos a entrevistada demonstrou a necessidade de uma formação com maior profundidade no assunto:

Eu acho que tinha que ser mais aprofundado... algumas coisas tu se sente mais a vontade para prescrever, lógico...né? Mas deveria ter uma coisa mais aprofundada... porque é muito amplo... (ESA5).

As nutricionistas sugerem também a valorização e resgate do saber popular em relação às plantas medicinais, como observado no trecho a seguir:

Muitas das pessoas que a gente atende às vezes têm mais conhecimento do que a gente, então isso eu acho que é importante... tá trocando com ela... ou quando tá num grupo... tá sempre ouvindo as pessoas... No grupo da semana passada teve um senhor que deu um banho em todo mundo falando das ervas... do cuidado que tem que ter... de não usar sempre a mesma erva, porque ela perde o efeito... e foi explicando... isso pode intoxicar... e ele mesmo foi dando uma aula pra todo mundo! E a gente foi trocando. Isso eu acho que é importante, a gente escutar e voltar a valorizar o saber popular, né? A gente acaba... agora tem a resolução eu posso prescrever, fazendo uma especialização e... não vou escutar o que o outro tá falando... e... simplesmente faz bem.... (ESA3).

O uso de plantas medicinais está muito relacionado ao saber popular e o seu incentivo vem ao encontro do fortalecimento da autonomia do cuidado à saúde dos usuários (BRASIL, 2009b). A nutricionista faz uma crítica à postura do profissional enquanto “prescritor” de fitoterápicos, sem abertura para diálogo com o usuário, reproduzindo a lógica autoritária de cuidado (TESSER, 2009). Destaca-se ainda a abertura da profissional em ouvir o usuário e construir uma

relação dialógica, fator considerado essencial por Oliveira *et al* (2008): “para que a dieta não se torne um instrumento de opressão é de fundamental importância que os nutricionistas compreendam o seu papel enquanto educadores” (OLIVEIRA, *et al*, 2008, p.184).

Simpatizantes reticentes

As demais nutricionistas consideram também que a prescrição de fitoterápicos por parte do Nutricionista possui grande importância e corroboram a necessidade de uma formação específica:

Acho bem importante, porque se tu vai lidar com alimentos e com ervas nada melhor que um nutricionista tenha essa capacidade, desde que tenha conhecimento pra tá prescrevendo... acho que não pode ser indiscriminado mas com certeza é fundamental, porque trabalha com matérias que a gente tem domínio (ESR1).

Na verdade nós não temos formação pra isso, essa é uma dificuldade, teria que rever isso. Eu não vejo um problema desde que tu tenha uma formação adequada e não simplesmente pegar do ministério, “esse chá serve pra isso, esse pra aquilo” e sair prescrevendo [...] eu não me sinto preparada...[risos] acabo não usando por conta disso, mas eu acho que teria que ter, e quando se lança isso teria que o próprio conselho, pra quem não teve isso ter alguma formação.. e com acesso mais seguro pra não depender só da busca profissional, sabe? É uma resolução de agora, vai entrar pro currículo, então deveria ter possibilidade de acesso as aulas, por exemplo, facilitaria pra quem já ta formado ter acesso a este conhecimento de uma forma mais global, não sei se pela universidade ou pelo próprio conselho (ESR2).

Uma das nutricionistas relatou ter interesse em fazer uma formação na área, o que releva o potencial de ampliação do debate em torno dos fitoterápicos na categoria profissional, após a criação da Resolução 402/2007 do CFN:

Mas não é muito difundido, então essa é a dificuldade que a gente tem, a gente não tem a cultura de utilizar estas práticas na rotina. E eu tenho interesse em estudar os fitoterápicos, de estar utilizando e recomendando mais. Eu só não recomendo porque é complicado você falar... pode ser até bom, interessante mas *quanto*... tem esta questão de saber as quantidades pra estar recomendando... (ESR1).

A literatura oferece escassa publicação a respeito da prescrição de fitoterápicos por nutricionistas. Foi encontrado estudo realizado por Conrado e Gomara (2009) com 50 nutricionistas atuantes na área clínica em Curitiba/PR, cujo objetivo foi identificar o conhecimento e prescrição de fitoterápicos por tais profissionais. A formação em fitoterápicos encontrada foi a seguinte: 30% tinham especialização, 22% atualização profissional e 12% curso de extensão. Como resultados, a pesquisa obteve que 56% dos nutricionistas realizavam a prescrição fitoterápica, sendo que 77% daqueles que não prescreviam gostariam de fazê-lo. O estudo encontrou ainda que entre os nutricionistas que indicam fitoterápicos, 96% consideraram o tratamento satisfatório. Entretanto, as autoras alertam que parte das entrevistadas recomendava fitoterápicos na forma de cápsulas, ou outros de exclusiva prescrição médica, o que extrapola os limites da Resolução 402/2007 do CFN (CONRADO, 2009).

De forma geral, a questão mais levantada pelas entrevistadas foi a necessidade de uma formação em fitoterapia para garantir maior segurança na prescrição. Em Nota Técnica de 2009, o CFN recomenda que o profissional procure uma capacitação e alerta para a listagem de medicamentos fitoterápicos de exclusiva prescrição médica (CFN, 2009).

Medicalização da dieta? A visão sobre a nutrição funcional

A nutrição funcional integra a pesquisa por ser um tema que envolve uma formação (pós-graduação) já reconhecida pela categoria, cujo crescimento é observado ao longo dos anos. É um tema controverso, pois gera debates e conflitos no meio científico da Nutrição. Dessa forma, seria de interesse conhecer a opinião dos nutricionistas que atuam na APS a respeito do tema. Apesar da subdivisão das categorias (simpatizantes atuantes e simpatizantes reticentes), neste caso as

opiniões foram muito semelhantes e, conforme será descrito a seguir, esteve presente uma crítica à forma de uso da nutrição funcional, em especial ao uso de suplementação, motivo pelo qual a análise será apresentada de forma unificada.

A opinião das atuantes foi unânime em ter cautela no uso da nutrição funcional. Os depoimentos trazem a reflexão de uma possível *medicalização da dieta* (BEARDSWORTH; KEIL, 1997) devido ao uso apelativo de *alimento como remédio*, tema debatido também por Santos (2008) que considera que o conceito de dieta construído no século XX traz uma concepção farmacológica, em que o alimento é visto como remédio, servindo como tratamento ou prevenção de doenças. Baseada na leitura de Beardsworth e Keil, Azevedo (2009) afirma que a racionalização da dieta e a perspectiva calórica-quantitativa restritiva têm forte influência na percepção do que é alimentação saudável da população. E neste sentido, a crítica feita pelas entrevistadas teve como foco principal a prescrição de suplementos ou encapsulados ao invés da recomendação do alimento *in natura*, considerando que esta não seria uma ação de promoção da alimentação saudável:

Tem que ser *muito* necessário, entende? Porque tem diversos encapsulados... e tem coisas que não necessariamente a pessoa tem que tomar uma cápsula e sim através da alimentação conseguir a necessidade daquele nutriente. Então eu acho que tem que ter um cuidado *muito grande* nisso, porque é *muito fácil* prescrever um suplemento e não trabalhar com mudança de hábito de vida. Isso que eu acho um grande problema... E se o profissional se isenta de trabalhar com todo um processo de mudanças de hábitos alimentares ou outros hábitos de vida pra tornar a vida mais saudável e aí prescreve um suplemento que a pessoa vai tomar e... vai estar feliz com o negócio. É a mesma coisa que na medicina você tá com dor de cabeça e te prescrever um paracetamol em vez de investigar de porque você está com esta dor de cabeça, o que pode fazer para não ter mais... (ESA4).

Alimento. Suplementação não, porque aí vai fugir da alimentação saudável mesmo. E mesmo porque já tem pesquisa que mostra que a absorção do nutriente é diferente se você toma suplemento. [...]

Falta um estudo mais aprofundado meu. Mas se teu centro é alimentação saudável, vai pincelando isso com alguns alimentos funcionais, tudo bem. Agora se usa: “Ah, usa este alimento que tu vai emagrecer”, aí não, então depende da forma que é usado. Não que não tenham situações que sejam benéficos, em algumas situações, mas não deve generalizar pra todo mundo, cada caso é um caso (ESA1).

Em contraposição aos depoimentos acima, pelos quais as nutricionistas fazem a crítica e apontam para os riscos, embora sugerindo que o uso deve ser avaliado, uma nutricionista se posicionou contrária ao uso da Nutrição Funcional via encapsulados/suplementos:

Eu conheço, mas não recomendaria. [...] Porque eu acho que a hegemonia da nutrição... [...] quer transformar o alimento em nutriente. E tem vários estudos que mostram que a absorção do alimento é muito maior que do nutriente isolado. Então eu não recomendo o uso porque... inclusive assim, por conta de acreditar na soberania alimentar, no direito humano à uma alimentação adequada, eu não acredito que as pessoas precisem usar suplementos... elas tem direito e tem que ter garantia de uma alimentação saudável (ESA2).

A argumentação utilizada converge com o debate político de garantia de acesso ao alimento de qualidade, promovido pela Política de Segurança Alimentar e Nutricional, e que deveria nortear a atuação do nutricionista em saúde coletiva.

Da mesma forma, as opiniões das reticentes apontam uma insegurança e receio ao uso da Nutrição Funcional por desconhecimento e cautela:

É uma coisa que às vezes *choca* a minha formação, entende? A minha formação sempre foi voltada pelo uso do alimento, naquela época nem existia a funcional... mas eu conheço umas pessoas que fazem cursos de funcional e quando a gente conversa eu acho que elas aprofundam um pouco melhor esse conhecimento, então eu fico insegura... acho que é um campo, mas... [risos]

Nunca usei, mas não tenho conhecimento pra recomendar... (ESR2).

Às vezes tem que ter cuidado pra não focar muito no: “só aquele alimento vai fazer a diferença”, eu recomendaria, mas com cautela (ESR1).

Outro aspecto levantado é que a recomendação de encapsulados por profissional da Nutrição que atua na APS seria questionável do ponto de vista da acessibilidade, já que os medicamentos não são fornecidos pelo SUS e teriam que ser adquiridos pelo próprio usuário:

Preferencialmente o uso de alimentos... não adianta só tu falar: “tal alimento é bom pra isso”, falta pra mim um pouco de leitura pra saber se realmente auxilia e em que quantidades teria que usar. Mas de repente se eu aprofundasse o assunto e achasse que fosse seguro utilizar os encapsulados também não teria problema, desde que eu soubesse estar prescrevendo. E também porque quando tu faz uma prescrição de encapsulados a pessoa às vezes pode não ter condições de comprar, de ter acesso... (ESR1).

Uma entrevista aponta para o modismo criado em torno dos alimentos funcionais:

A questão dos alimentos funcionais eu acho que está bem... bem em alta... eu sempre incluo alguns alimentos funcionais, sempre que posso, de acordo com a realidade do paciente... eu acho bem importante, mas sem esquecer a base da nutrição... sem deixar de lado base da nutrição... no caso da suplementação, não estar passando das doses recomendadas... fazer aquilo que é o adequado. Mas sempre que possível eu estou incluindo. [...] Na nossa realidade aqui, na forma de alimento (ESR3).

A preocupação se relaciona com a forte influência na mídia na divulgação dos alimentos funcionais, o que gera uma demanda na prática clínica, já que a população questiona os profissionais de saúde à respeito

dos riscos e benefícios dos mesmos. No entanto, parece que a opinião de ESR3 recebe influência do apelo midiático: “*A questão dos alimentos funcionais eu acho que está bem... bem em alta... eu sempre incluo alguns alimentos funcionais*”.

Azevedo (2009) refere que o conceito de alimento saudável é fortemente influenciado pela mídia:

Por trás do alto consumo de nutrientes e alimentos que estimulam as doenças crônicas não-transmissíveis, e também da ingestão de alimentos *light* e *diet*, estão a indústria e o *marketing* alimentar, que manipulam a pesquisa científica e os hábitos dos consumidores e definem, sob critérios questionáveis, o conceito de dieta saudável [grifos da autora] (AZEVEDO, 2009, p.720).

De forma geral, a opinião dos sujeitos da pesquisa girou em torno de uma crítica à recomendação de encapsulados, com exceção do uso de suplementos quando necessário, relacionando o caráter prescritivo da Nutrição Funcional com a medicamentação do alimento, ao transformá-lo em remédio. Esta situação engrandece o processo de *medicalização da dieta*, o que gera para algumas das entrevistadas, insegurança e cautela na sua conduta profissional. Consideram ainda que a ênfase na promoção da alimentação saudável deveria girar em torno da recomendação de alimentos *in natura*, sendo que uma das atuantes fez relação com o DHAA, com vistas à garantia do alimento saudável para todos e de forma permanente.

Aplicação das PIC em Nutrição na APS em Florianópolis/SC

Na análise realizada, evidenciou-se a recomendação de algumas práticas complementares na Nutrição, aliado ou não ao encaminhamento de usuários para profissionais especializados na área (acupunturistas e homeopatas). Nesse item procuramos explorar quais seriam as principais práticas utilizadas, qual o fluxo de encaminhamentos e o relato de alguns casos.

O gestor da área da Nutrição entrevistado relatou não haver uma sistematização dos profissionais a respeito do uso das PIC e que esta solicitação já foi realizada na CTSAN. O gestor tem conhecimento de

algumas das ações, mas sente a necessidade de ampliação do debate entre os profissionais:

É isso que eu tenho pedido na reunião [câmara] que a gente enquanto nutricionista, a gente consiga ta registrando de fato as ações pra gente poder ta até mostrando pra prefeitura qual a ação. [...] Eu sei por conta das reuniões, que uma ou outra deve ter esta atuação pelas posições que tomam, não porque a gente já tenha discutido o assunto, mas dá de saber quem está numa linha mais voltada pro alternativo e quem não. Mas não que exista confronto também, não. É uma forma de circular o que tem e estarem pontuando também. Essa já é uma decisão que se tomou na câmara técnica, estar relatando as ações justamente pra ter circulação e para troca (ESR2).

O uso e recomendação de PIC em geral foi tema abordado nas entrevistas, e pode ser visualizado na Tabela 3, adiante apresentada, a qual permite visualizar quais das práticas são conhecidas pelas nutricionistas; quais práticas são ou já foram utilizadas para si mesmo; se recomenda ou encaminha para profissional habilitado; e, ainda, se apoiaria o uso.

As PIC conhecidas por todas as entrevistadas foram: homeopatia, acupuntura, florais, práticas corporais, massagem, fitoterapia/plantas medicinais, aproveitamento integral dos alimentos e alimentação vegetariana.

As práticas mais utilizadas para si mesmo foram práticas corporais e aproveitamento integral dos alimentos, seguidos de homeopatia, acupuntura e fitoterapia/plantas medicinais. Em contraposição, a dieta macrobiótica não foi utilizada por nenhuma das entrevistadas e a alimentação ayurvédica, antroposófica, termalismo e aromaterapia, foram utilizadas somente por uma das profissionais. O aproveitamento integral dos alimentos foi também o mais recomendado, seguido de fitoterapia/plantas medicinais, e posteriormente o encaminhamento para acupuntura, homeopatia e massagem.

Em outro estudo, já citado anteriormente, realizado com profissionais da rede pública em Juiz de Fora/MG, foi constatado que 58,93% dos sujeitos da pesquisa referiram fazer ou já ter feito uso pessoal de alguma PIC. As mais utilizadas foram a Acupuntura, Fitoterapia e Homeopatia, ou seja, as mesmas desta pesquisa,

desconsiderando as PIC em Nutrição, que não foram abordadas no estudo citado. Foi verificado, além disso, que a terapia mais utilizada na prática profissional é a Fitoterapia (72,22%) (GONÇALVES *et al*, 2008).

As práticas menos recomendadas (ou ainda recomendadas somente por uma das entrevistadas) foram: macrobiótica, alimentação ayurvédica, antroposófica e termalismo.

As seguintes terapias: homeopatia, acupuntura, florais, práticas corporais, massagem, fitoterapia/plantas medicinais e aproveitamento integral dos alimentos, tiveram o apoio de todas as entrevistadas no caso de o usuário fazer uso da mesma. Vale destacar que o preenchimento da tabela foi realizado durante a entrevista, sendo que parte das entrevistadas colocou que não recomendaria ou apoiaria o uso por desconhecimento.

Tabela 3: Conhecimento, uso, recomendação e apoio ao usuário pelas nutricionistas que atuam na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC, 2009.*

Práticas integrativas e complementares	Conhece	Usa/já usou para si	Recomendaria (ou encaminharia p/ outro profissional)	Apoiaria o uso por seus pacientes
Homeopatia	8	5	6	8
Acupuntura	8	5	6	8
Florais	8	3	3	6
Práticas Corporais	8	6	6	8
Massagem	8	4	6	7
Reiki	7	2	2	6
Termalismo	6	1	3	4
Argila	5	3	2	5
Reflexologia	6	3	3	5
Aromaterapia	5	1	2	5
Cromoterapia	6	2	2	6
Nutrição Funcional	8	4	5	6
Dietoterapia	5	2	3	6
Chinesa				
Macrobiótica	6	0	1	4
Alimentação	5	1	1	4
Ayurvédica				
Alimentação Antroposófica	5	1	1	4
Fitoterapia/ Plantas medicinais	8	5	7	8
Aproveitamento integral dos alimentos	8	6	8	8
Alimentação vegetariana	8	3**	1	7
Alimentação viva	7	2	2	6

* Os números nas colunas designa o número de profissionais dentre os entrevistados que referiu o *status* ou a ação em relação às PIC.

** Uma é semivegetariana, pois inclui o consumo de frutos do mar, e outras duas já foram adeptas de tal filosofia alimentar.

A seguir são apresentadas apenas as opiniões e experiências das atuantes, já que são estas que desenvolvem ações com envolvimento das PIC, com predominância para a prescrição de fitoterápicos:

As orientações acabam sendo mais pra quando a pessoa está com compulsão... um chá calmante... mudando de tempo em tempo a erva e tal... mas eu não passo muito disso (ESA3).

Tanto na forma de tintura quanto na forma de chá. Principalmente nestes dois usos. Agora eu estou tendo um pouco mais de cuidado na orientação do preparo, do uso...mas já faz bastante tempo, acho que desde agosto do ano passado eu prescrevo a fitoterapia... (ESA2).

Abaixo segue relato de uma nutricionista que prescreve fitoterápicos, com destaque para o conhecimento que possui das plantas e as suas principais indicações:

Para gastrite usando espinheira santa e fortuna, eu tenho ótimos resultados com as duas. A fortuna no suco verde...15 dias de uso resolve casos severos de gastrite. E tem outras coisas...pra hipertensão a gente já conseguiu bons resultados com a cavalinha, e aí assim, aumentando também o consumo de água...pra dores no corpo de forma geral eu uso muito a mil folhas e tem também bons resultados tanto a tintura quanto o chá. Eu oriento pra diabetes a pata de vaca e pra problemas assim...por exemplo, a pessoa: “Ah! Eu quero um chá pra me ajudar a emagrecer”. Aí o quê que eu faço, dependendo da situação, se a pessoa tá muito ansiosa, aí eu recomendo algumas plantas associadas: cavalinha, carqueja e alecrim...e a pessoa tem mais motivação no seu dia-a-dia, ou se a pessoa é muito ansiosa: hortelã, cavalinha, carqueja e a espinheira santa. Vou fazendo combinações de plantas (ESA2).

O incentivo ao uso de plantas medicinais é feito também por encaminhamento para um serviço mais especializado, como aparece no caso a seguir:

Já encaminhei pra pastoral da saúde, eles trabalham com fito, tem horta, fizeram um treinamento com professores... chamamos pra eles

irem na unidade..., fizeram oficina... foi bem legal. E eu sei que tem um trabalho sério, tenho confiança. Nossa! Têm pacientes que já foram e vêm resultado, pessoas que tinham dores, tomaram fitoterápicos e passou as dores articulares. Outras... é que eles tem lá um complexo emagrecedor... com várias ervas e falaram que já reduziu aquela ansiedade, compulsão... (ESA1).

Outro uso de PIC relatado por uma das nutricionistas é a técnica de reflexologia: *“Eu trabalho bastante com reflexologia também no ambulatório. Especialmente pra gestantes, porque aí a fitoterapia não é indicada...”* (ESA2).

As práticas citadas como possíveis de articulação e que trazem resultados positivos para a maior parte dos casos atendidos pela Nutrição foram a acupuntura e homeopatia, feitas por meio de encaminhamento para profissionais que trabalham no SUS (policlinicas ou ULS), de acordo com a necessidade do usuário:

Eu estou mais aproximada da acupuntura, que eu acho que tem resultados bem significativos pra gente, principalmente quando a pessoa refere ansiedade generalizada... e a acupuntura ajuda bastante pra reduzir principalmente a compulsão alimentar... então o mais próximo da minha realidade, das práticas integrativas são a acupuntura e a fitoterapia (ESA3).

Ali na policlínica tem a acupuntura, já encaminhei pra ela [médica acupunturista], discuto casos com ela (ESA1).

A nutricionista refere ter um diálogo com a médica acupunturista da sua área para discussão de casos, o que nem sempre é possível fazer, segundo outra entrevistada:

Como é tudo informatizado, tu consegue ver quantas consultas de acupuntura...o que foi feito, o que o homeopata receitou..., e aí tu consegue junto com a evolução do paciente também trabalhar a questão nutricional, mas não de ter um contato

direto, pelo menos comigo isso não acontece (ESA5).

Entretanto, não foi possível identificar até que ponto a lógica do matriciamento está permitindo aprofundar os diálogos no sentido de discussão de casos entre a Nutrição e os especialistas em PIC. Por outro lado, observou-se que a oferta de determinadas PIC na rede de saúde pública do município é um fator que facilita a abertura dos demais profissionais para o tema, na medida em que permite um fluxo de encaminhamentos e retornos dos usuários, muitas vezes positivos:

Tem três casos parecidos... [...] em relação a emagrecimento, de vir do médico encaminhado pra consultar na nutrição [...]. Uma relação muito forte entre a ansiedade e o peso...aí desconta na alimentação...utilizar a alimentação como fonte de aliviar a ansiedade....enfim...e aí eu trabalho muito com metas na promoção da alimentação saudável. Eu não trabalho com *dieta*, até tem um plano alimentar, mas estabelecendo *metas com a pessoas*...e aí nestes 3 casos [...] de começar a fazer um tratamento homeopático centrado na ansiedade e tive um resultado muito bom em seguir as metas...que na verdade a gente constrói juntos pra pessoa fazer nos 15 dias até a próxima consulta, dependendo do caso. E aí com a homeopatia reduzindo a ansiedade conseguir atingir as metas e se sentir mais feliz com isso. [...] Porque as pessoas chegam: “Ah, eu tenho que tomar a sibutramina, tenho que tomar isso e aquilo...sou muito ansiosa...tenho que tomar uma medicação pra emagrecer”. E aí você entra com a homeopatia e a pessoa sente mesmo resultado. Isso é bem legal. E esta relação da homeopatia é o que tem mais por ser o que tem na rede, né? (ESA4).

Outro relato se mistura com uma abordagem lúdica, de forma a acolher os usuários nos momentos dos grupos. O depoimento faz parte da opinião desta nutricionista que relaciona o uso de PIC com uma atuação mais dialógica, não autoritária (TESSER, 2009):

Já fiz relaxamento, músicas, dinâmicas abordando o conteúdo...e entra o bate-papo entre eles...aí entra a parte da psicologia...pelo menos nos meus grupos sempre tem alguém com um problema...aí parece terapia comunitária! [risos] aí a pessoa fala...e todo mundo se envolve naquilo...acho que é isso, tu tentar trabalhar com estas terapias nesse lado... (ESA1).

Esse depoimento traz a questão do empoderamento psicológico e do empoderamento social⁴², que se misturam ao longo da fala, demonstrando que talvez não tenha uma clareza dos limites entre tais conceitos (CARVALHO; GASTALDO, 2008). Entretanto, Tesser (2009) considera que, quando se trata de PIC ou MAC, as práticas individuais podem trazer repercussões para a coletividade, inclusive as técnicas de massagem, meditações, exercícios físicos, entre outras: “é no pólo individual e grupal, numa perspectiva relacional microsocial, que as práticas complementares podem contribuir para a promoção da saúde” (TESSER, 2009, p. 1737).

Além dessas questões, existe por parte de algumas nutricionistas o desejo de criação de um espaço de Promoção da Saúde, no qual seriam oferecidas algumas PIC:

A gente tem um projeto de construir lá junto da policlínica pra ter um espaço pra diversas práticas, digamos assim. Ter piscina, horto, fazer horta... a coordenadora da policlínica encaminhou pra secretaria. Fazer também um local pra ter fisioterapia... e a gente da nutrição pensou em ter uma cozinha..horto, horta... e salas de educação... brinquedoteca pra trabalhar educação nutricional com as crianças... tem que ter isso. Porque as pessoas sofrem, e tu não tem um lugar pra dizer pra elas irem que tenha um relaxamento... de cuidar dela mesma... aí fica difícil... o Estado não oferece isso... (ESA3).

⁴² O empoderamento psicológico refere-se ao plano individual, com práticas de autocuidado e auto-ajuda, enquanto que o empoderamento social engloba questões de amplitude política e de direitos sociais. Tais conceitos estão apresentados na página 20 deste trabalho (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Foi observada também uma preocupação em desenvolver um trabalho consolidado em Nutrição no município. O trecho abaixo traz uma reflexão sobre o papel do nutricionista nos NASF, aliado ao desafio de que a formação atual não contempla a visão intersetorial e crítica necessária (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007):

Qual a importância de ter o nutricionista nos NASF? Isso é uma questão importante de discussão nos municípios e tem uma resolução do CFN de ter uma nutricionista a cada duas equipes, com certeza a gente conseguiria trabalhar muito melhor, mas já é um grande avanço de estar no núcleo de apoio. E os municípios escolhem quais os profissionais que vão entrar...é importante da gente mostrar qual é a importância da nutrição na APS através dos NASF e focar no trabalho intersetorial e multiprofissional...tem que ter um olhar pra isso e eu acho que a maioria do profissionais não são formados pra isso. [...] Se quem está na gestão nos municípios não traz isso, a tendência é o nutricionista ir lá... atender um por um, fazer dieta e deu. Que é inclusive como os outros profissionais vêm a gente. Quando você começa a trabalhar com território, identificar as práticas que se localizam naquele território, como é que se dá a produção, o consumo de alimentos naquele território, os outros profissionais ficam até surpresos, porque não vêm o trabalho da nutrição nesse sentido. Acho que a gente precisa mostrar que a gente faz *muito* mais do que dieta (ESA4).

Outra dificuldade apontada para o fortalecimento da NCI e de uma atuação mais integral pautada pelas necessidades da comunidade, é a demanda clínica. O número de nutricionistas que atuavam no município no momento da pesquisa seria insuficiente para atender de forma adequada todas as regionais de saúde e promover uma articulação com outros setores e atividades educativas devido em especial à grande demanda reprimida⁴³ por atendimentos individuais:

⁴³ Os atendimentos ambulatoriais em Nutrição estiveram com demanda reprimida por 20 anos, período em que haviam somente 2 nutricionistas da rede. Atualmente, de acordo com as entrevistadas, a lista de espera para o atendimento individual continua grande, apesar da

A maior dificuldade nossa é...*eu*... estar em 5 unidades de saúde. Tem nutricionistas que estão em *oito*, sabe? Então tem a dificuldade de conhecer o território. É meio impossível. Às vezes tu não conhece bem o território trabalhando com *uma* área de abrangência de saúde da família. Imagina a pessoa trabalhando com 11, 12, 13 áreas de abrangência [...]. Por conta de que a equipe hoje tem outras prioridades. Não são geralmente essas, de estar vendo como está a situação alimentar da comunidade e a gente está em desvantagem no meio, pra que a gente consiga fazer isso...[...]. Eu entrei há 4 meses e tenho uns 500 encaminhamentos pra nutrição represados...sem contar os que se perderam neste meio...então isso, se tu não tá mais centrado, tu acaba sendo engolido pela demanda clínica e acaba deixando um pouco de lado esta questão (ESA3).

A alta demanda de consultas individuais na nutrição em rede pública já foi tema de outros estudos, apontado por Pádua e Boog (2006) em pesquisa com nutricionistas da região metropolitana de Campinas, como um fator limitante:

O fato de o profissional atender a todas as demandas o impossibilitava de desempenhar adequadamente as ações desejadas, criar e desenvolver novas estratégias de trabalho, visando ao aprimoramento da qualidade do seu serviço (PÁDUA; BOOG, p. 419, 2006).

Outro aspecto identificado no depoimento de ESA3 é que o papel do nutricionista parece não estar muito claro para a equipe de saúde, ou seja, a própria Nutrição na APS está em construção (PÁDUA; BOOG, 2006). Em recomendação feita pelo CFN (2008), a atuação do nutricionista na ESF deveria englobar outras ações, além do atendimento individual: diagnóstico da situação alimentar e nutricional da comunidade; identificação de áreas de risco e grupos prioritários;

planejamento e avaliação integrados com a equipe das ações de alimentação e nutrição; grupos e planos terapêuticos; ações intersetoriais relacionadas a SAN, entre outras.

Relação com o usuário: abordagem com o usuário que demanda outras alternativas em nutrição; e aceitação do usuário ao uso de PIC

Esse tópico emergiu das entrevistas, pois se observou que havia a necessidade de esclarecer um pouco mais qual a relação com os usuários que demandam outras práticas, em especial o uso de chás e a dieta vegetariana. Além disso, como foi identificado o uso de práticas complementares em nutrição, surgiu a intenção de compreender qual a aceitação do usuário no uso das mesmas, a partir do olhar das nutricionistas. Seria interessante ouvir o próprio usuário, mas isso fugiria do escopo desta investigação.

Simpatizantes atuantes

De forma geral, as atuantes se mostraram flexíveis ao apoiar o uso de PIC pelo usuário. Os depoimentos fazem menção ao respeito da autonomia dos indivíduos e apoio nas suas escolhas. Entretanto, ressaltaram a necessidade de conhecer determinadas técnicas para ter maior segurança ao apoiar tal uso:

[A respeito da Alimentação Ayurvédica]: Eu não conheço, [...] mas também...é aquela questão, eu não digo: “Não faça isso”, eu teria que dar uma analisada, eu apoiaria, mas teria que analisar porque eu não conheço... (ESA3).

Se a pessoa está fazendo eu apoiaria, tudo...não recomendo por não conhecer. Se a pessoa fala pra mim, eu ía respeitar. Claro se tem uma questão extra, teria que ser analisado. É difícil eu não apoiar uma coisa que o paciente faça, só se tivesse alguma questão, de adequar a dieta... (ESA1).

O vegetarianismo foi um tema que surgiu nas entrevistas, e a postura da maior parte das nutricionistas foi de apoiar o usuário, com ressalvas para a adequação nutricional:

O vegetarianismo eu conheço, não uso, não costumo recomendar, mas se a pessoa é vegetariana eu apoio e oriento. Se alguém não é vegetariano eu não digo pra virar vegetariano (ESA3).

Eu acho que vegetarianos eu devo ter atendido uns 2 usuários. Mas no grupo sempre gera esta questão, as pessoas...tem muitos que nem comem carne que nem chegam por conta de uma orientação nutricional, e vão no grupo e falam: “Eu não como carne, eu to diminuindo o consumo...”. E tem muitas mães que percebem que os filhos não aceitam carne e aí chegam: “Ah, meu filho não quer comer carne, o que eu faço?”. A gente conversa no sentido de garantir uma alimentação saudável, mas não obrigar a criança a comer alimentos que ela não queira (ESA2).

Boog (2004) reflete que há segmentos populacionais cujo consumo de carne não é compatível com a questão ecológica e de sustentabilidade, e que a busca por uma dieta vegetariana ou ovolactovegetariana é crescente. Entretanto, esse é um tema polêmico na Nutrição. Uma das entrevistadas traz opinião contrária à dieta vegana/vegetariana estrita⁴⁴, declarando não apoiar os pacientes que possuem esta escolha alimentar:

Lógico que eu não tentei mudar a alimentação do paciente, mas expliquei as deficiências que ele pode ter com essa alimentação. Não sou a favor da dieta vegetariana, acho que o equilíbrio dos alimentos é a chave pra uma melhor saúde. Acho que a exclusão: “Ah, vou tirar tal alimento e aquele outro não é legal...”, igual a dieta da proteína, eu sou totalmente contra. Como a totalmente só vegetariana, eu sou contra, acho que mais pela minha formação. Sou contra a estrita, se toma leite e derivados, ovos, aí não. Mas de tirar a carne em si a pessoa pode ter uma alimentação

⁴⁴ Isenta de qualquer alimento de origem animal.

equilibrada sem carne, mas de tirar tudo não apoio (ESA5).

Pacheco (2008) considera que os profissionais de saúde reconhecem os hábitos alimentares enquanto componente cultural, porém limitados à visão de multifatorialidade, em que a cultura seria um fator a mais. Porém, a autora entende que, na maior parte dos casos, tais profissionais vinculam tais aspectos a tabus alimentares: “sempre vistos como um comportamento mágico/ignorante [...] e hábitos alimentares não usuais nas sociedades ocidentais ‘civilizadas’ ” (PACHECO, 2008, p. 223).

Em contraposição a este pensamento, uma das entrevistadas critica a postura de profissionais que não apóiam a dieta vegetariana, e vislumbra uma possibilidade de construir um trabalho nesse sentido, já que na sua regional de saúde diversos profissionais, inclusive médicos, são adeptos de tal filosofia alimentar:

É...tem alguns profissionais, não só nutricionistas, mas no geral, que acreditam que no vegetarianismo você não consegue ter uma alimentação saudável...mas muitos outros profissionais, e aqui na regional a gente tem muitas pessoas que acreditam que é possível, muitas pessoas aqui são vegetarianas... tem muitos médicos vegetarianos...antroposóficos aqui. Então a gente tem uma abertura maior pra trabalhar com isso aqui. E também tem muito receio da população: “Ai... eu quero ser vegetariano, não vou ficar doente?” Aquela coisa assim: “Não vou ficar fraco? O que pode e o que não pode...”. E a gente trabalha que uma alimentação sem carne também é saudável, não tem nenhum problema, não traz riscos pra saúde desde que ela seja saudável, variada... (ESA2).

Há muito que avançar na construção de uma postura diferente dos profissionais de saúde em relação aos pacientes vegetarianos, já que é observado um crescimento por esta opção, e ainda os estudos apontam para benefícios de uma alimentação sem carne. A criação de protocolos de atendimento para pacientes vegetarianos poderia ser considerada uma estratégia para garantir maior segurança na orientação para os profissionais, já que tal conhecimento não é abordado na graduação.

O uso popular de chás também foi identificado como uma demanda dos usuários. As nutricionistas referiram ser muito comum o relato de pacientes com uso de plantas medicinais. Os depoimentos vêm no sentido de apoiar o uso, garantindo porém, que este uso esteja sendo feito de forma adequada:

Ontem mesmo veio uma mulher que tinha pressão alta e tava usando chá verde e tava sentindo calorão a noite, porque o chá verde ajuda aumentar a pressão. Aí eu já orientei outro chá que ela pudesse usar, que substituísse e não causasse o aumento da pressão. Ou chegam pessoas que já tomam o chá, porque já ouviram falar que faz bem...esses 20 ervas, 10 ervas...chás da herbalife... (ESA2).

Chega...muito! “Chá quebra não sei o quê”...sete ervas....disso e daquilo...tem bastante. E às vezes tomando por conta, uso contínuo...e aí tem que tomar cuidado...melhora uma coisa e acaba piorando outra. Tem muito uso indiscriminado (ESA5).

A nutricionista revela uma preocupação com o uso de plantas medicinais pelo saber popular, considerando mais seguro se o tratamento estiver sendo realizado com acompanhamento de profissional. É evidente que há uma preocupação com o uso contínuo de chás/fitoterápico. Por outro lado, isto nos leva, a considerar que nem sempre o apoio ao usuário vem no sentido de um resgate do saber popular e respeito à autonomia do indivíduo, sendo que o foco ainda se mantém na questão do risco x efetividade. Tesser e Luz (2008) consideram que a eficácia/efetividade tem relação direta com a integralidade, tanto do ponto de vista dos usuários quanto dos especialistas. Em outro trabalho, Tesser aponta que a ação especializada pode vir a desconstruir a autonomia dos indivíduos, “gerando mais demanda por atenção heterônoma, comprometendo, por fim, a sua própria efetividade e eficácia geral” (TESSER, 2006a, p.67).

A aceitação do usuário no uso de práticas complementares em nutrição será discutida somente na categoria simpatizantes atuantes, já que são estas profissionais que indicam tais usos aos seus pacientes. De forma geral, tanto o encaminhamento para profissionais (acupuntura/homeopatia), quanto a recomendação de fitoterápicos e

alimentação natural/aproveitamento integral dos alimentos, são referidos como bem aceitos pela comunidade:

A aceitação é muito boa. Os sucos verdes têm uma aceitação *muito* boa. Tem pessoas que passam a usar na rotina diária o suco de fortuna e também o de couve. E tem pessoas que usam até plantas medicinais no suco, misturam várias plantas [risos] às vezes eu até tenho que pedir pra dar uma parada. E as plantas medicinais também têm muito boa aceitação (ESA2).

A maioria aceita bem [...].Eu acho que hoje em dia pelo trabalho que já vem sendo realizado na APS há algum tempo, principalmente de homeopatia e acupuntura, as outras nem tanto, mas estas duas...então as pessoas já estão percebendo como uma prática que dá resultado. E que é positivo...e que é melhor que medicação...então as pessoas tem aceitado bem, porque o vizinho já fez, o tio já fez....então hoje está bem mais aberto (ESA4).

Nunca tive problema...assim do paciente negar a tomar ou se recusar a comprar...nunca tive problema...o maior problema é na questão financeira porque eles aderem bem ao que tu fala, vêem a importância, mas o problema é a questão financeira...se ti explicar bem pra que tu tá dando aquilo, passar confiança, ele vai seguir, não vai ser contra, mas dependendo do caso a questão financeira é o que pega mais... (ESA5).

Vale destacar que, como referido acima pode haver a não aceitação pelo usuário, o que deve ser respeitado. No último depoimento, ESA5 refere que o acesso a determinados recursos terapêuticos é um fator que pode complicar a adesão dos usuários, devido à limitação da renda.

Simpatizantes reticentes

Nesta categoria o apoio ao uso de determinada prática relacionou-se com o desconhecimento de algumas PIC, o que gera insegurança por parte do profissional:

Eu apoiaria, não faria...ressalvas contras, até porque...[pausa] apoiaria o uso e eu que tentaria ver se aquilo que eu estou orientando está de acordo com aquela prática...adequar a minha formação a prática dele...e se não me sentisse capaz pra isso, procuraria alguém mais apto. A gente não tem uma formação pra isso (ESR2).

A nutricionista destaca que há uma deficiência na formação e que o encaminhamento para outro profissional da área, capacitado para tal, poderia ser uma estratégia adotada.

Em relação à dieta vegetariana, duas nutricionistas se mostraram dispostas a apoiar o usuário, destacando os aspectos nutricionais, como é o exemplo das atuantes:

Eu não falaria pra pessoa se tornar vegetariana, mas se eu recebo, eu respeito e acompanho também (ESR1).

Alguns que faziam alimentação vegetariana, e minha postura foi sempre naquilo de orientar...[...]. Eu procurava ver tudo que pudesse dar aquele aporte pra aquela pessoa. Não questionava, só orientava num sentido de cuidar com determinados alimentos, que não deveria deixar de ingeri-los. (ESR2).

Em contrapartida, uma das entrevistadas demonstrou uma postura mais cuidadosa neste apoio ao usuário vegetariano, considerando que poderia não haver uma clareza na tomada desta escolha, e que a orientação também viria neste sentido:

Não recomendo...e...aí o *apoio* fica complicado neste caso, porque...se é a *filosofia* de vida da pessoa...eu alerta pra algumas coisas e vejo se essa pessoa conhece *bem* o que é ser vegetariano, se ela sabe das limitações..se ela sabe prevenir uma anemia, por exemplo, se ela tem as ferramentas. Se for uma pessoa que saiba *bem* o que está fazendo, não tem porque intervir de outra forma, desde que bem alertado...dos *riscos* dessa restrição. Se é um paciente que tu vê que não tem um conhecimento prévio, que simplesmente tá resolvendo: “Ah, eu

vou virar vegetariano porque eu quero perder peso...” Ou: “Agora eu só vou comer salada...” Que não tenha essa noção das consequências...do *custo benefício*, entre aspas...aí eu não apoio. Eu apoio se a pessoa tem *consciência* do que ela está fazendo. Se ela *sabe* mesmo o que é o vegetarianismo. Porque muita gente vem: “Ah, eu sou vegetariano!” Mas não sabe bem *o que é*. Não sabe qual é a filosofia do vegetarianismo. Então essa questão de apoiar é *bem* relativa. É um apoiar, mas com orientação, com ressalvas (ESR3).

Porém, ao ser questionada qual seria sua conduta, a nutricionista deixa claro o respeito pela opção do indivíduo:

Não, não...se a pessoa não quer, tu não vai obrigar, tu não vai dizer: tu vai voltar a comer carne! [risos] Não é esta a postura. È realmente ta orientando que alimentos consumir, pra adequar... pra não ter nenhum tipo de deficiência. Agora se vem alguém dizer pra mim, que *vai* virar vegetariano, eu alerto de *todos* os riscos, vou fazer todas as orientações, vou falar de todas as limitações. Vou deixar *bem* claro, vou orientar. A pessoa vai ter a opção. E respeitar a opção da pessoa (ESR3).

A respeito do uso de chás pelo usuário, as nutricionistas comentam que esta é uma prática muito comum e que a conduta profissional neste caso também seria de apoiar o tratamento desejado:

Chás sim, perguntam se deve usar ou não...mas como eu não tenho muita segurança pra recomendar, se a pessoa toma, eu digo: “Ah, tudo bem, pode tomar”, mas não que isso vá ser o principal tratamento. Eu não costumo falar que é aquilo que vai solucionar...é um conjunto... (ESR1).

Eu não...se o paciente não ta relatando nenhum efeito adverso, se ele ta acreditando naquilo...não tem porque fazer uma restrição, né? Eu apoio o uso, dentro da limitação do que ele ta fazendo.

Não tem...não teria porque restringir...eu posso passar a recomendar...eu pretendo fazer curso de fto, então eu posso passar a recomendar... (ESR3).

Relação entre a Nutrição Complementar Integrada e a Promoção da Saúde

Neste tópico discutimos a possível relação entre as práticas integrativas na Nutrição e a promoção da saúde. Não foi feito um questionamento direto sobre qual o conceito ou concepção de promoção da saúde, mas houve uma tentativa de explorar o tema durante as entrevistas.

De certa forma, o assunto surgiu em outros tópicos, em momento em que as nutricionistas atuantes faziam determinadas críticas ao modelo de saúde vigente e o desejo de alcançar um modelo considerado ideal, diretamente vinculado ao conceito ampliado e crítico de promoção da saúde, não voltado à mudança do estilo de vida (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Simpatizantes atuantes

Um dos aspectos abordados foi a abordagem holística e integral do ser (TESSER, 2008) e que a própria PS precisa ser ampliada nesse sentido:

Acho que tudo que tenta trabalhar pra desenvolver a pessoa, o bem estar, a visão dele em relação ao mundo, os sentimentos...o corpo...tudo isso é promoção da saúde, não tem como separar. Eu vejo como um avanço na promoção da saúde, a gente fala que ela é ampla, a gente fala tanto nisso, e que bom que as portas estão se abrindo pra ampliar realmente a promoção... (ESA1).

É que a gente é formado numa lógica...[pausa] tão biológica e...enfim, que se tu não tem esta intenção, tu não tem a curiosidade, ou já teve contato com estas práticas, fica um pouco difícil tu associar com as questões sociais...pra mim tem tudo a ver com a promoção da saúde, né? Porque com uma visão ampliada da saúde não é só a parte biológica que conta e enfim...todas estas práticas

levando em conta o indivíduo como um todo (ESA3).

A crítica à formação biologicista apareceu em diversos tópicos desta pesquisa e não poderia deixar de aparecer quando se fala em PS. Para uma das entrevistadas é necessário um maior domínio do conhecimento em torno dos fitoterápicos para fortalecer inclusive o diálogo com outros profissionais. A mesma entrevistada destaca ainda que a fitoterapia seria o laço entre NCI e a PS, na perspectiva da promoção da alimentação saudável:

Penso que é mais em relação a fitoterapia mesmo. Claro que outros profissionais podem se especializar e trabalhar com isso, mas eu acho que na nutrição na APS as ações que desenvolve fica mais pra fitoterapia...e aí a articulação com outros profissionais...[...]. Até porque a gente não tem essa formação pra trabalhar com fito, quer dizer, a maioria não tem, e os médicos também a maioria não tem. E aí eu percebo assim, como eu não tenho uma propriedade nesse sentido, eu não tenho condições de discutir com um médico, por exemplo, que a pessoa pode tentar usar um fitoterápico e não uma medicação que ele está propondo...articulado com uma alimentação saudável, e que vai dar um bom resultado...eu não tenho argumentos em relação a isso, acho que precisa disso, sabe? De uma melhor formação...pra gente poder realmente utilizar...eu acho que tem tudo a ver com promoção da alimentação saudável. Até porque a planta é alimento (ESA4).

Uma visão crítica da PS fica clara na fala da nutricionista a seguir, a qual reforça que a PS precisa estar desvinculada do enfoque da doença e que o uso de técnicas de educação popular/lúdicas pode ser considerado ferramenta para a Nutrição na APS com ênfase nas práticas complementares:

Acho que tem uma relação direta, na medida em que a gente se percebe melhor a gente consegue promover mais saúde, né? É...o conceito de promoção da saúde que eu imagino é diferente, então assim...quando a gente está fazendo uma

ação de cuidado, com fitoterápicos, a gente está promovendo saúde, mas mais do que isso a gente está agindo na resolução de um problema. [...] Eu percebo isso, o ideal seria que a gente conseguisse trabalhar com a promoção da saúde tirando o foco na doença, e então...promovendo festas, fazendo outras ações...e a consequência seria mais saúde. Embora tenham ações em que o objetivo não é promover a saúde, mas recuperar a saúde ou proteger a saúde, e que acabam promovendo a saúde também! Quando a pessoa vai trabalhar na terra, produzir alimento...quando a gente fez a oficina...[pausa] uma mulher de uns 40 anos lambendo a colher, sabe? Esse momento por mais que fosse um momento pra trabalhar a alimentação saudável, esse espaço é um espaço de promoção da saúde, porque não foi trabalhado... “Ah, porque esta torta de legumes é bom pra quem tem diabetes”. Não, esta torta é uma torta de legumes saudável. Aí a gente trabalha com, digamos assim, promoção da saúde mesmo num sentido mais ampliado, sem o foco na doença, numa patologia, ou numa coisa que se tenha que prevenir...Então especialmente os grupos que a gente utiliza a prática de preparo de alimentos, eu acho que eles são essenciais pra promoção da saúde. A gente trabalha com filmes...não fica naquela coisa da palestra...mais formal, eu acho que a gente consegue promover mais saúde (ESA2).

Simpatizantes reticentes

Não foi possível explorar a relação entre NCI e a PS entre as nutricionistas desta categoria, porque não há uma prática nesse sentido, o que pode dificultar a visualização de tal relação. A formação convencional e dominante também foi alvo de críticas por parte das nutricionistas desta categoria. A PS é vista aqui, por algo quase que “inatingível” no modelo de saúde atual e na sua prática na APS:

A gente está habituado à partir tudo...[risos] essa que é a dificuldade, a gente vem de uma formação assim, e a nossa estrutura é assim, a administrativa inclusive. São vários processos pra conseguir

chegar a trocar esta prática...ela é...é mais longo esse processo...porque a reconstrução disso [risos] passa pelo indivíduo e pelo grupo... (ESR2).

A promoção da saúde é que tem sido mais difícil de fazer aqui nessa prática da nutrição no município, pelo menos pra mim! Que seria antes de estar atendendo as pessoas por alguma doença, estar passando este conhecimento ou criando junto com as pessoas de como ter uma saúde, uma vida melhor, não só individual, mas na família, na comunidade...tá melhorando as condições de vida das pessoas, sócio-econômica também... enfim, que dê uma vida melhor pra elas (ESR1).

O excesso de atividades assistenciais, dificultando ações de PS, também foi identificado em estudo com nutricionistas no estado de São Paulo (PÁDUA; BOOG, 2006). Todavia, uma visão preventivista da PS surgiu em uma das entrevistas, o que demonstra a mistura dos conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças, na qual aparece a dicotomia entre o “certo” e o “errado” na alimentação (SANTOS, 2008), e que pode gerar uma conduta prescritiva:

A promoção da saúde a gente vai trabalhar pra evitar a doença, né? Trabalhar com fatores pra que a pessoa não adoça, trabalhar mais com prevenção...por exemplo trabalhar com atividade física, estimular...dentro da realidade das pessoas, o que dá pra fazer no cotidiano. O que te dá pra prazer? É dançar? Então vai dançar...não, não...até entrar na questão financeira, ver a questão social, não tem condição de tá fazendo uma hidroginástica? Então, uma caminhada...academia pública...a promoção de hábitos alimentares saudáveis...orientação, pra que as pessoas saibam se alimentar de forma correta, pra evitar o tratamento depois (ESR3).

O discurso preventivista ainda está embutido no conceito de PS de muitos profissionais da saúde, em parte porque ainda está nas suas formações acadêmicas e também nas políticas envolvidas com o tema. A respeito de tal questão Carvalho e Gastaldo (2008) trazem uma interessante reflexão para a Nutrição:

Estes discursos dominantes fortalecem, em algumas situações, a coesão social ao permitir a interação e o compartilhamento de mecanismos de funcionamento social e de discursos comuns aos indivíduos de uma mesma comunidade ou sociedade. No entanto, estes discursos podem produzir, paradoxalmente, exclusão social (p. ex., para os obesos) ou privilégios para certos grupos (p. ex., pessoa com peso considerado normal e, por dedução, um cidadão saudável e responsável) (CARVALHO; GASTALDO, 2008, p.2035).

Em estudo com nutricionistas da região metropolitana de Campinas, os autores encontraram que a Promoção da Saúde é relacionada com ações de educação em saúde, sendo observada uma dificuldade de relação entre as ações de nutrição e a PS (PÁDUA; BOOG, 2006).

Relação entre a Nutrição Complementar Integrada e a Segurança Alimentar e Nutricional

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é considerada um tema transversal nessa pesquisa, devido à sua proposta intersetorial e amplitude. As ações de promoção de SAN vão muito além da prática do nutricionista, porém este profissional tem um papel central na articulação de tal política e as ações da saúde coletiva. Desta forma, compreender se na visão das nutricionistas há uma relação entre a SAN e as práticas de NCI foi um dos temas de interesse do presente estudo.

Simpatizantes atuantes

É clara a relação estabelecida entre SAN e NCI para as profissionais desta categoria. Os vínculos criados passaram desde as estratégias de produção sustentável do alimento, a soberania alimentar e o DHAA, até a autonomia do indivíduo:

Agora, uma coisa que eu tava pensando que na Segurança Alimentar e Nutricional é a importância da gente tá fazendo isso de uma forma... consciente. Não é simplesmente agora a gente pode orientar, eu vou prescrever um chá e acabou. Vamos lá, agora todo mundo tomando chá. Tem

que ser de uma forma consciente e responsável pelo profissional. Porque a nutrição... a gente que trabalha com um instrumento que é o alimento... [...]. Enfim, a gente ter um cuidado e ser responsável com o que a gente orienta, com a terapêutica e sempre em contato e em acordo com a pessoa (ESA3).

Tudo o que envolve o fortalecimento das nossas origens, envolve autonomia, envolve a Segurança Alimentar e Nutricional, sempre quando você estimula o indivíduo como pessoa...a estar se conhecendo, se fortalecendo...buscando a sua saúde, também fortalece a busca pela Segurança Alimentar e Nutricional. E aí vão se ampliando as ações...mas tem a ver sim. Nas questões alternativas entra o movimento pela agroecologia... muito da conscientização, o direito...e tudo que busca a integralidade, busca ela refletir o contexto que ela vive, ver que a alimentação é um direito, vai correr atrás do direito que é dela. Sai do foco da doença e vai pra saúde, quanto mais conseguir trabalhar isso na pessoa, melhor (ESA1).

A representação social do alimento é objeto de diversos estudos, desde seus aspectos mais simbólicos, até aqueles relacionados à identidade e autonomia de determinados grupos ou indivíduos. Albuquerque (2009) reforça que: “o alimento ou os itens alimentares não somente possuem diferentes valorações em termos de hierarquia e prestígio, como também são identificados enquanto alimentos em relação a um sistema de idéias” (ALBUQUERQUE, 2009, p.901).

As questões políticas que permeiam a SAN também surgiram e tiveram como enfoque questões de grande porte como a mídia e a força da indústria de alimentos, apontados na fala a seguir como o “assédio do mercado”. Surgem ainda as questões em nível individual e suas repercussões na construção e fortalecimento de uma política de SAN:

Na medida em que a gente consegue estimular, que as pessoas tenham um domínio maior sobre a sua alimentação, que diminuam as pressões que o Estado exerce sobre elas..que elas consigam responder a este *assédio* do mercado, especialmente de outra forma, e que consigam

estabelecer relações diferentes nos seus espaços, eu acho que já tem bastante elementos da Segurança Alimentar e Nutricional. E assim, se a gente estimula que as pessoas consumam mais frutas, verduras e legumes, a gente está estimulando a produção da agricultura familiar, de uma forma indireta a gente está contribuindo para a garantia da soberania alimentar do Brasil (ESA2).

O Estado e o mercado possuem influência direta na alimentação da população, afinal, na sociedade atual o alimento e o corpo são vistos como mercadoria. Um exemplo é a padronização do consumo e o crescimento das redes de *fast food*: “o poder aquisitivo, a publicidade e a praticidade exercem pressão sobre as práticas alimentares que se tornam permeáveis a mudanças, representadas pela incorporação de novos alimentos, formas de preparo, compra e consumo” (PINHEIRO; CARVALHO, 2008, p.176). Nesse sentido, vale trazer a reflexão de que as políticas de SAN devem sempre integrar o enfoque dos direitos humanos, com: “o resgate do ser humano como sujeito sócio-histórico-cultural e não apenas como objeto da política pública” (ALBUQUERQUE, 2009, p.901).

Simpatizantes reticentes

Para as nutricionistas que não atuam com PIC, a relação com a SAN apareceu de forma um pouco confusa. Neste primeiro depoimento, ao ser questionada a respeito da SAN, a entrevistada faz relação com a PS. De certo modo, isto é interessante, pois promove a articulação entre as políticas, mas, neste caso, a discussão é apontada devido às dificuldades em promover na APS ações de SAN e de PS, o que revela uma aparente “frustração” na fala da profissional:

Olha, acho que deveria existir, mas eu não vejo ações muito concretas pra desenvolver isso, porque com certeza, tem tudo a ver e através da utilização dos funcionais e dos fitoterápicos, de utilizar alimentos mais orgânicos com certeza eu acho que promoveria uma saúde melhor pras pessoas, ou seria uma opção...eu não sei se as minhas colegas estão conseguindo, mas na minha

prática não, hoje eu não estou conseguindo trabalhar muito com isso (ESR1).

Esse tipo de sentimento de frustração profissional não seria um dos objetos deste estudo, tanto que não foi incluído nas entrevistas. Mesmo assim, o assunto surgiu espontaneamente, como acima mencionado. Bosi (2000) identificou o sentimento de ansiedade e insatisfação no trabalho do nutricionista na área social, especialmente relacionados na identificação de que os problemas possuem uma dimensão que extrapola os limites da técnica profissional.

Já no depoimento abaixo, a promoção da SAN é relacionada apenas com a orientação de alimentação saudável, considerada abrangente quando realizada na forma de grupos ou atividades coletivas, e não é observada uma relação entre NCI e SAN:

Orientação de...alimentação saudável mesmo. O que consumir, em que proporções consumir, pra tá garantindo uma alimentação adequada mesmo, pra garantir que a pessoa esteja realmente se nutrindo. [risos] Não, também pode ser no sentido mais amplo...quando trabalhar em grupos, ou com a comunidade, com escolas...que aí abrange a comunidade...e aí tem um sentido mais abrangente, não só no individual (ESR3).

A fragilidade nos depoimentos das reticentes em relacionar a NCI com a SAN, talvez possa estar mais relacionada ao fato de estas profissionais não terem uma formação voltada à saúde coletiva, do que ao uso e recomendação de PIC. Ao contrário das atuantes, que, com exceção de uma entrevistada, tiveram uma formação em nível de pós-graduação e uma atuação direcionada à Nutrição em Saúde Pública, o que permite aos profissionais um contato com questões de cunho mais político e crítico, envolvendo diretamente a SAN.

A construção da Nutrição Complementar Integrada

Não era esperado encontrar a riqueza que surgiu nas entrevistas de modo a explorar a questão da NCI. As nutricionistas atuantes trouxeram contribuições relevantes para a reflexão do que seria uma prática complementar em Nutrição, de forma a questionar inclusive, qual o caráter do termo “complementar”.

Em primeiro lugar, a legitimidade das PIC foi um aspecto levantado, para a qual uma das nutricionistas traz a dificuldade enfrentada pelos profissionais que atuam com este enfoque. O desafio de construir uma política municipal faz parte da realidade dos profissionais:

É! E vai remando contra a maré...e as vezes acaba cansando porque é sempre uma luta pra estar legitimando uma prática que é legitimada, na verdade....Essa é a dificuldade, conseguir fazer com que se torne uma realidade no nível local de forma que o profissional se sinta mais seguro (ESA3).

Ainda a respeito da dificuldade de legitimação das PIC, porém desta vez aliada aos limites impostos pelo caráter “complementar”, uma nutricionista considera:

Vejo muitos casos que daria pra substituir...por exemplo, a medicina que trabalha com homeopatia substitui, nem complementa em muitos casos, e tem muitos casos que vai ser complementar mesmo... por exemplo uma pessoa portadora de diabetes, insulino-dependente, ela não vai deixar de usar insulina, entra como uma prática complementar, tem vários casos nesse sentido, porque eu penso muito nos casos que eu atendo..que tem mais a ver com emagrecimento e ansiedade, dores, enfim...e usar como complementar. Eu acho que tem os dois casos, o de substituir e o de complementar. Agora acho que no caráter complementar o que tem é que...uma das coisas positivas é de reduzir a quantidade de medicamentos que as pessoas tomam. [...] Isso é positivo porque a gente sabe que os medicamentos têm efeitos colaterais gigantes (ESA4).

A mesma entrevistada traz a reflexão de uma suposta contra-hegemonia das PIC, devido ao fato de estarem atreladas ao modelo biomédico que, na realidade, reforça o caráter “complementar” de tais práticas:

É porque toda a hegemonia da saúde...no Brasil...é...[pausa] toda saúde é construída no conceito da biomedicina e da ocidentalização da

medicina. Estas práticas, por mais que elas já estejam inseridas, elas não são uma opção terapêutica, elas são uma opção *complementar* ao tratamento. Por exemplo, uma pessoa que tem câncer, ou uma pessoa que tem HIV quiser se tratar só com alimentação, vai fazer um tratamento só com alimentação...ou com *Reiki*...dentro do sistema de saúde, vai ser negado o direito delas fazerem isto. Então elas são uma prática contra-hegemônica ainda...se estrutura de uma forma que até pode ser aceita, mas ela não é aceita como única possibilidade terapêutica (ESA2).

A nutricionista aprofunda sua reflexão no trecho a seguir, onde refere a dificuldade da oferta de espaços e incentivos para que tais práticas possam ser desenvolvidas no SUS:

É que ela é alternativa, mas ela não é uma outra possibilidade de cuidado, não é...tu pode fazer isso, mas tu faz isso também..tu tem que continuar usando o medicamento, continuar cuidando da tua saúde do jeito ocidental...Isso é uma coisa, a outra coisa é assim...não existe um incentivo em termos de políticas públicas pra manutenção destas práticas...dentro do próprio sistema... não existe espaço pra produção de fitoterápicos, não existe espaço pra produção de alimentos nas unidades de saúde, pra gente poder fazer estes trabalhos....então assim...elas não estão, elas são realmente contra-hegemônicas! A hegemonia é a visão da biomedicina e a contra-hegemonia são as outras possibilidades...Se a gente disser que vai trabalhar com argila ou com barro, que vai orientar o uso de barro porque a pessoa tem gastrite, a pessoa vai continuar tomando omeprazol e vai usar como complementar o barro...e não vai ter nenhum espaço, nenhum local adequado para aplicação desta técnica...então ela é contra-hegemônica mesmo (ESA2).

Ainda partindo da visão da mesma entrevistada, no modelo de saúde atual existe uma dificuldade em fazer com que as ações de alimentação e nutrição possam ser encaradas como parte importante do

tratamento. A nutricionista considera que, em alguns casos, a nutrição poderia ser o principal tratamento, tornando o próprio medicamento desnecessário:

Eu acho que a pessoa pode ter a opção, tem coisas que...que podem ser utilizadas. E que a pessoa pode ter a opção de usar esta ou não. A fitoterapia é bem isso...e a alimentação mesmo! Tem pessoas que conseguem diminuir a utilização de medicamentos hipoglicemiantes com a alimentação! E não utilizam mais...e aí: “Não! Você tem que continuar, porque tu é diabético”. Mas ele não tem mais diabetes, está com a hemoglobina glicosilada dentro dos níveis normais, mas *não*, tem que continuar tomando o medicamento. Isso aí a gente vê na nutrição direto. Principalmente das doenças crônicas não transmissíveis, diabetes...e dislipidemia, por mais que a gente oriente e consiga, tenha retorno com a nutrição, mas: “Ah não! Mas tu tem risco cardíaco então vamos usar as estatinas junto.” Mas pode ser só nutrição e atividade física. “Não, vamos usar juntas” (ESA2).

A entrevistada afirma que, em diversos casos, o medicamento continua sendo utilizado. Existiria nestes casos um excesso de medicação? Não existe uma credibilidade apontada para as ações de Nutrição ou estaríamos falando de medicalização social e iatrogenia? Pádua e Boog (2006) identificaram que existe uma dificuldade por parte dos outros profissionais em visualizar a importância do atendimento especializado em nutrição na APS. E a respeito da iatrogenia Tesser (2009) coloca que o processo de medicalização social amplia o uso de medicamentos para as mais diversas “experiências da vida”. Starfield (2000) atenta para o fato de que as iatrogenias, com inclusão de erros médicos, formam a terceira causa de morte nos Estados Unidos.

A nutricionista considera que existe uma organização social no sentido da medicamentação e medicalização da vida, reproduzida pelos profissionais de saúde, pelos usuários, enfim, a sociedade como um todo:

Eu acho que em todos estes elementos...como este é o modo hegemônico ele vai se materializar de diferentes formas. Então a formação faz, não só para o nutricionista, mas pra todos os profissionais de saúde, dum jeito afirmando uma certa conduta profissional. O sistema, ele não se organiza pra ter estas práticas então ele continua funcionando do jeito tradicional de tratar. Os próprios usuários também estão acostumados com um jeito que é com medicamento, com exame...e uma série de coisas. Então assim, é toda a sociedade que está pensando e se estruturando daquele jeito. Não dá pra dizer que é só o médico ou só o nutricionista ou só o gesto. É toda a sociedade pensando deste jeito... (ESA2).

Existe uma dificuldade em categorizar o que seria integrativo e complementar na Nutrição. Este foi um dos desafios propostos neste estudo, porém, não se espera esgotar o debate ao redor do tema, pelo contrário, o que se almeja é contribuir para o início desta discussão. Uma das entrevistadas fez este questionamento:

Por exemplo...o aproveitamento integral eu vejo junto com alimentação saudável, eu não vejo como complementar, eu vejo junto...agora a chinesa eu vejo como complementar porque não faz parte da nossa cultura... (ESA1).

Em relação à diferentes culturas e suas formas de cuidado, Kleinman (1973) remete ao processo saúde-doença e os sistemas culturais, entendendo-os como um sistema de símbolos e experiência pessoal, mediados por fatores externos e internos. Assim, considera que os sistemas de cuidado à saúde são complexos e possuem influências dos processos sociais, religiosos, simbólicos, com normas de valores e comportamento, tal como os sistemas culturais. Desta forma, os sistemas culturais, a saúde-doença e os sistemas de cuidado à saúde são entendidos através da inter-relação entre os mesmos e governados pelas mesmas regras sociais.

ESA 1 traz ainda a reflexão a respeito de outras práticas, sugerindo substitutividade no caso da Nutrição Funcional:

A Funcional tá bem em alta, é quase uma especialidade...a Funcional está mais como substitutiva do que complementar...[...], é bem diferente (ESA1).

Outra entrevistada traz diversos elementos considerados por ela parte da NCI:

Tem muitas pessoas que questionam ou que vêm assim... [pausa] esta questão do vegetarianismo é uma coisa que é bem forte e que a gente precisa entender... Eu acho que tem a questão que eu trabalho bastante, sem... sem muito aprofundamento teórico, da própria energia dos alimentos. De cada alimento e... o que traz esta energia pro corpo. A macrobiótica eu acho que seria bem interessante também da gente perceber... a Ayurveda também tem um ensinamento bem importante pra Nutrição... na Medicina Tradicional Chinesa eu creio que também tenha... a fitoterapia eu acho que usa bastante coisa assim... É... alguma coisa eu leio sobre crudivorismo assim... trabalho bastante com sucos verdes, estas coisas assim (ESA2).

São citadas determinadas práticas de uso mais comum (fitoterapia), as tradicionais (Ayurveda, Chinesa) e outras que estão à margem de um debate mais acadêmico na Nutrição (mas não com menor relevância), como a macrobiótica, o vegetarianismo e a alimentação viva. Todas estas práticas consideradas “alternativas” na nutrição pela entrevistada foram, nesta pesquisa, identificadas como parte da NCI. ESA2 aprofundou o debate trazendo o tema da vitalidade dos alimentos (WIGMORE, 1994). Tal tema não foi objeto deste estudo, mas considera-se que este seja um eixo articulador quando se fala em NCI:

É... eu falo nisso, na energia vital. Sempre procuro trabalhar com os sucos verdes... ou as frutas, as verduras... neste sentido da energia vital, que é diferente em termos de energia que outros alimentos... [...] Eu faço umas teorias assim... [risos] não seguindo como dogma uma racionalidade, um único pensamento, né? Mas tentando perceber várias formas... então se a gente

pensar num alimento que vem da natureza, ele tem uma energia diferente de um alimento processado que é produzido artificialmente! Então eu tento trabalhar com as pessoas neste sentido, pra elas se darem conta disso. De quando elas tão tomando um suco de laranja, da laranja que elas produziram no pé, que elas dão “Oi” todo dia pra laranjeira é uma laranja e o suco de laranja do pacotinho que vem com sabor de laranja é outra coisa. [pausa] tentando dar um significado até... científico. Se a gente pensar na questão da evolução dos seres humanos a gente tem 10-12 mil anos de vida e fazem 200 anos que industrializou a nossa alimentação. E há 200 anos geraram um monte de doenças... então provavelmente tem alguma relação entre esse processo de consumo de alimentos mortos com as doenças que são geradas e eu tento fazer com que as pessoas reflitam sobre isso (ESA2).

Tesser (2009) considera que as outras racionalidades médicas, que não a biomédica/alopática, repercutem no conceito positivo de saúde, e que um dos fatores determinantes para tal questão é o próprio “princípio vital” presente na homeopatia, que corresponde ao *chi* para a MTC e o *prana* na Medicina Ayurvédica:

Por misteriosas que possam parecer tais noções para a biociência, é mister reconhecer que elas organizam de modo operacional a promoção e a terapêutica nessas outras racionalidades médicas, e que há aprendizado disciplinado e organizado para compreensão, percepção, treino e uso da “matéria prima” da saúde que é essa “energia vital”, para o cuidado e para a promoção da saúde, como na medicina chinesa (TESSER, 2009, p. 1737).

Outro relevante aspecto diz respeito à reflexão de que nem tudo o que é considerado “alternativo” em Nutrição pode ser considerado uma prática integrativa e complementar. Um exemplo que surgiu nas entrevistas foi que o aproveitamento integral dos alimentos seria um instrumento de promoção da alimentação saudável, o que não lhe daria o “status” de integrativo e complementar. A Nutrição Funcional, discutida anteriormente, esteve mais relacionada à medicalização da dieta e da

Nutrição do que à uma prática integrativa, sendo considerada então, uma especialidade da Nutrição, porém não vinculada à NCI, já que seu enfoque muitas vezes depende da postura do profissional.

Dessa forma, as seguintes práticas foram consideradas parte da categoria NCI, por entender que possuem uma racionalidade própria e considerando ainda, a existência de cursos de formação na área: dietoterapia chinesa, alimentação ayurvédica e antroposófica e a macrobiótica, já categorizados em trabalho anterior por Azevedo (2006) como Modelos Alimentares; o vegetarianismo e a alimentação viva, identificados pela mesma autora como Correntes Alimentares, e ainda a fitoterapia/plantas medicinais, reconhecida pelo Conselho profissional. As práticas alimentares como vegetarianismo e a alimentação viva seriam consideradas filosofias alimentares, para as quais o profissional da Nutrição deve respeitar a autonomia do indivíduo na tomada de sua escolha. Porém, cabe ao profissional se capacitar para fornecer uma orientação nutricional adequada, com uma conduta que não seja baseada na ameaça e risco relacionada a tal filosofia alimentar.

Existem iniciativas que visam fortalecer as práticas integrativas em Nutrição, como a já citada criação do Instituto Vida Una, em Brasília/DF, idealizado por nutricionistas, e que promove cursos na área. Surpresa foi identificar ao longo da pesquisa, que há uma iniciativa no próprio município de Florianópolis/SC, liderado por uma das nutricionistas atuantes, a qual relata abaixo a ideia inicial de um projeto muito interessante:

A gente está discutindo na câmara técnica, que entra nesta questão da prescrição é a necessária formação em fitoterapia e aí não especifica o que seria esta formação. A gente está tentando montar através do Pró-saúde⁴⁵ uma formação em práticas integrativas em nutrição. Pra dar conta de tanto a gente trabalhar com estes temas quanto os estudantes que estão na graduação [...]. A gente percebeu a importância de trabalhar as práticas

⁴⁵ O Pró-Saúde faz parte de uma estratégia do Ministério da Saúde, articulada ao Ministério da Educação, de estímulo a experiências e mudanças curriculares de forma a adequar a formação dos profissionais da saúde às necessidades prioritárias da população e do Sistema Único de Saúde. O Pró-Saúde fornece recursos para viabilizar projetos dentro das Universidades, em parceria com os gestores municipais (BRASIL, 2007c).

integrativas em nutrição. Não só a questão da fitoterapia, mas outros trabalhos (ESA2).

OS GRUPOS DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

A metodologia utilizada foi a de observação direta (YIN, 2003). Os grupos visitados foram de duas unidades de saúde diferentes, aqui denominadas como ULS1 e ULS2 a fim de ocultar a identidade. Os dois grupos eram coordenados pela mesma nutricionista, que gentilmente acolheu a proposta de observação dessa prática profissional. O critério para escolha dos grupos está descrito no início do Capítulo 3 – Percurso metodológico.

Os grupos são conhecidos como de “alimentação saudável” e fazem parte de orientação para a atuação do nutricionista no NASF da Portaria 154/2008 do Ministério da Saúde.

O primeiro grupo funciona desde setembro de 2009 e é conhecido como “Grupo de Promoção da Alimentação Saudável”, com periodicidade mensal. De acordo com material institucional a respeito do grupo, este tem a tarefa de acolher pessoas que necessitam de orientação nutricional sendo encaminhadas normalmente pelos médicos por motivos que variam de obesidade, *diabetes mellitus* ou dislipidemia, ao baixo peso, ansiedade, entre outros.

Até o momento da observação (março de 2010) tinham sido realizados 7 encontros com número máximo de 12 participantes. Um levantamento dos participantes identificou que a maior parte procura o grupo por dislipidemia e excesso de peso. A visita na ULS1 ocorreu no dia 18 de março de 2010. A duração do grupo foi de 2 horas. Estavam presentes 8 participantes, sendo 1 homem de 45 anos e 7 mulheres com idade entre 30 e 83 anos. Uma das participantes era uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), os demais eram usuários, da comunidade local.

A reunião iniciou com uma conversa sobre os grupos dos alimentos, sendo entregue uma lista de substitutos⁴⁶ para todos os participantes. A partir de conversa sobre os alimentos e seus nutrientes

⁴⁶ Metodologia utilizada pela Nutrição, na qual é apresentada uma listagem de alimentos divididos de acordo com o seu grupo correspondente (alimentos energéticos, reguladores e construtores), e com o peso e medidas caseiras, de acordo com porção determinada por seu valor calórico.

foi proposta uma atividade na qual cada participante deveria construir o seu próprio cardápio diário. A metodologia usava de constantes diálogos e problematizações acerca das dúvidas dos participantes, aproximando-se da educação popular em saúde (VASCONCELOS, 2004). Os participantes são ativos no processo de definir suas escolhas alimentares e aprender a organizar sua alimentação de forma a garantir o aporte nutricional, com variedade e harmonia. Após o lanche⁴⁷, cada usuário fez seu acompanhamento individual: avaliação antropométrica (peso e circunferência abdominal), para avaliação da evolução do estado nutricional (opcional).

Seguem trechos de fala da nutricionista em diferentes momentos do grupo, relacionados ao respeito da autonomia do indivíduo nas suas escolhas alimentares, à cultura alimentar e também ao uso de alimentos regionais/ aproveitamento integral dos alimentos:

Na faculdade de nutrição a gente aprendeu que o café da manhã é a alimentação mais importante do dia, né? Depois que a gente aprende as coisas na faculdade a gente vai vivenciando as coisas na prática, e vai lendo outros textos, estudando outras culturas alimentares. Eu já li algumas coisas que dizem que o café da manhã não é assim *tão* fundamental. Então o quê que eu indico pras pessoas: quem já faz o seu café da manhã, aquela que gosta..."eu adoro tomar café da manhã, não me diz pra não tomar!". Agora pra quem já não toma café da manhã: "Ah, mas eu não gosto de comer de manhã, me dá enjoo, não sei que..." Então o quê que é importante, comer alguma fruta porque ajuda, alimenta o corpo e tomar bastante líquido, não ficar sem se alimentar (ESA2).

Já que você faz pão em casa, é legal criar pães, nunca fazer só com a farinha branca. Por quê? Porque a farinha branca vai dar só energia, é a função dela, e a gente pode agregar outras coisas no pão, por exemplo: você pega aqueles dois copo de água que ia colocar no pão e bate com couve e põe no pão, aí o pão vai ficar verdinho, aí outro dia

⁴⁷ Torradas com patê de grão-de-bico, patê de atum e suco de limão com hortelã.

bate com beterraba, aí o pão fica cor de rosa, no outro dia pode, fica muito gostoso, pega a laranja inteira, parte no meio, tira aquele miolo, bate a água que vai no pão com a laranja e coloca no pão, faz uns pães diferentes! [...] Com beterraba, com cenoura, couve, espinafre... com laranja, com banana... (ESA2).

A Senhora que não come carne, é importante consumir alguma fonte de proteína pra ajudar justamente a fortalecer o corpo. Pode usar esta carne vegetal, ou carne de soja, ou tofu, aquele queijo de soja... (ESA2).

O segundo grupo é chamado de VIPE: Vigilantes do Peso⁴⁸. Possui este nome desde sua constituição, em 2008, neste período sob supervisão de outra nutricionista. A nutricionista que atua nesta comunidade no momento da pesquisa realiza a coordenação do grupo desde setembro de 2009. A periodicidade é semanal, sendo que toda última sexta-feira do mês o grupo acontece na casa de um dos usuários, na forma de rodízio, onde são realizadas práticas culinárias. O número de participantes varia entre 10 a 20 pessoas.

No dia da visita ao grupo seria realizada uma prática culinária na casa de uma usuária. O grupo se encontrou na ULS para realizar a avaliação antropométrica individual (peso, circunferência abdominal e altura no caso de crianças/adolescentes). Após este momento o grupo se dirigiu até a casa de uma das participantes, onde foi feito o preparo coletivo dos alimentos. As seguintes preparações foram realizadas: guacamole (patê salgado de abacate), patê de berinjela, patê de grão-de-bico, patê de ricota e suco verde⁴⁹. Os patês foram servidos com pão integral e bolacha salgada integral. Ao final da preparação todos provaram e deram sua opinião sobre as receitas. A oficina se deu com grande interação entre as participantes, evidenciando o potencial de fortalecimento de relações sociais na comunidade, com vistas a construir o empoderamento social (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

No dia da observação havia doze participantes (todas do sexo feminino), uma estagiária da Universidade e duas ACS, as demais

⁴⁸ O nome foi dado pelos participantes, e não deve se confundir com a rede de clínicas particulares chamada: Vigilantes do Peso.

⁴⁹ Ingredientes: maçã, água, folhas verdes, estas colhidas na horta da ULS no dia da oficina.

usuárias e moradoras da comunidade. A idade variou de 9 a 86 anos. Ao serem questionadas a respeito do motivo de participar do grupo, a maior parte relatou a perda de peso. Outras afirmaram que é uma atividade de “distração” e “para animar a cabeça”.

No livro ata do grupo foi encontrado o relato de preparo de outras receitas, todas de aproveitamento integral dos alimentos, buscando valorizar os alimentos regionais, de baixo custo, nutritivos e saborosos. Um exemplo é uma mistura feita em casa de gergelim, aveia e linhaça que poderia utilizado para aqueles que fazem uso da “ração humana”⁵⁰, sendo feito também um debate crítico com os usuários a respeito do tema.

⁵⁰ Mistura de farelos de grande procura devido ao apelo da mídia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar ao fim desta pesquisa, creio que os elementos vindos das entrevistas e da busca na literatura, fizeram com que o debate acerca das práticas integrativas em Nutrição pudessem “tomar forma”, e quem sabe seja um início para colocar o tema na pauta da categoria.

A visão dominante na Nutrição, relacionada à ausência do debate em PIC na graduação, fazia crer que tal tema seria pouco explorado na atuação das nutricionistas que atuam na atenção primária à saúde em Florianópolis. Entretanto, foi uma surpresa identificar que cinco das oito nutricionistas entrevistadas teriam uma atuação que envolvesse de alguma forma o uso de PIC. Diante disso, as entrevistas foram categorizadas em simpatizantes atuantes e simpatizantes reticentes, já que nenhuma das nutricionistas se posicionou de forma contrária ao uso e recomendação de PIC em nutrição na APS. O que diferencia é que parte do grupo tem alguma atuação em PIC e a outra parte não, sendo que estas últimas apresentaram certa insegurança e receio no uso de algumas das práticas.

Entre as atuantes as principais recomendações foram: prescrição de fitoterápicos/plantas medicinais; encaminhamento para acupunturistas, homeopatas e ou massoterapeutas, estes também vinculados ao SUS. Segundo a percepção das nutricionistas existe uma boa aceitação e receptividade do usuário, e tais práticas aliadas ao tratamento dietoterápico foram consideradas efetivas para problemas nutricionais como obesidade aliada à compulsão alimentar e ansiedade; diabetes; pressão alta; dores musculares, entre outros.

Todas as nutricionistas apresentaram uma abordagem de respeito à autonomia do usuário, quando o mesmo faz uso de alguma PIC, inclusive o uso popular dos chás, com ressalvas para o cuidado na administração e uso prolongado. A abordagem com pacientes vegetarianos também foi vista na forma de respeito a esta escolha, porém algumas nutricionistas levantaram questionamentos em relação à dieta estrita/vegana e se mostraram preocupadas com a adequação nutricional.

Observa-se que, entre as atuantes, a recomendação de PIC esteve relacionada ao uso pessoal anterior ou atual de alguma prática, com resultados positivos. As demais nutricionistas (simpatizantes reticentes), apesar de não recomendarem PIC, se mostraram abertas para

tal e inclusive declararam o interesse em ampliar conhecimentos na área, na forma de cursos de fitoterapia, nutrição funcional e medicina tradicional chinesa.

Entretanto surge uma curiosidade: a maior parte das atuantes (quatro de cinco) possui, além de maior contato com as PIC, uma formação mais voltada para a saúde coletiva obtida por meio de especialização/mestrado na área. Esse vínculo com a saúde coletiva poderia, dessa forma, proporcionar uma ampliação do olhar e uma abertura às PIC? Outro questionamento é de que a única atuante sem formação em saúde coletiva revelou uma visão mais relacionada ao paradigma biologicista. Apesar de ter uma formação em fitoterápicos e realizar a prescrição na sua rotina, suas posições estiveram mais relacionadas à visão dominante da nutrição, o que leva a refletir sobre o caráter destas especializações, cujo aprofundamento foge ao alcance dessa pesquisa.

Nesse sentido, provoca-se um debate a ser aprofundado em outros estudos e que consideramos pertinente no atual momento da saúde coletiva brasileira, com esforços para reorganização da atenção e o cuidado, em que o nutricionista está ganhando seu espaço por meio dos NASF. Como se dá a atuação do nutricionista na APS? De que forma o profissional é capacitado para atuar rompendo as barreiras prescritivas, autoritárias e desarticuladas ao contexto da SAN? E ainda, de que forma as PIC podem contribuir para uma atuação ampliada?

Nessa pesquisa, a formação (pós-graduação) em saúde coletiva, aliada a um interesse pessoal ou experiência de uso para si em alguma PIC, traz contribuições para a visão ampliada em nutrição, o que permite uma prática de nutrição na APS mais promotora de saúde, baseada na visão holística e pautada na valorização do saber popular.

As terapias com uso de alimentos fazem parte das terapias biológicas e estão incluídas nas MAC (NCCAM, 2008). Nesse sentido, foi possível fazer algumas considerações no sentido de contribuir na construção da Nutrição Complementar Integrada. Mediante análise das entrevistas e diálogo com a literatura, identificou-se que, entre as práticas inicialmente elencadas como parte da NCI, a nutrição funcional esteve relacionada mais à medicalização da dieta do que a uma prática integrativa, em especial pelo uso de suplementos alimentares e encapsulados. Já o aproveitamento integral dos alimentos, quando incentivado de forma crítica, foi considerado uma iniciativa de promoção da alimentação saudável, não necessariamente vinculado às práticas integrativas. Dessa forma, seriam parte da NCI: a dietoterapia chinesa e

a macrobiótica, a alimentação ayurvédica e antroposófica, a fitoterapia/plantas medicinais, o vegetarianismo e a alimentação viva. Entretanto, destas, somente a dietoterapia chinesa, a macrobiótica, a alimentação ayurvédica e antroposófica estão incorporadas dentro de uma racionalidade médica própria (LUZ, 1993). As demais estão em construção e seriam necessários estudos aprofundados a respeito de cada uma destas linhas para construir, quem sabe, a categoria das racionalidades nutricionais.

A presença e valorização de outras racionalidades na Nutrição e suas características culturais podem relativizar a visão dominante e contribuir para a contextualização do cuidado e das orientações, ao ampliar o leque de referências. Essa ampliação tende a aproximar-se de contextos culturais e encontrar uma relação mais dialogal com os sujeitos, na medida em que suas práticas pedagógicas contribuem para a promoção da saúde individual e grupal vinculada ao empoderamento comunitário (TESSER, 2009). Também o fato de as PIC estarem relacionadas a uma noção positiva de saúde e serem reconhecidas como mais holísticas e humanizadas, ajuda a trazer esses elementos para o debate no exercício profissional, nas diferentes formações da área da saúde.

Diante desse quadro, considera-se que essa discussão traz contribuições para a identidade do nutricionista em Saúde Coletiva, articulado às políticas de SAN e de promoção da saúde. Tal debate implica na necessidade de ampliação do reconhecimento das PIC dentro e fora da Saúde Coletiva, com novos estudos e inserida na perspectiva dos sujeitos sociais que anseiam por um cuidado plural, integral e coerente com a proposta de sustentabilidade sócio-ambiental.

REFERÊNCIAS

ADA REPORTS. Position of the ADA: vegetarian diets. **Journal of the American Dietetics Association**. v.103, n.6, p.749-765, jun. 2003.

ALBUQUERQUE, M. F. M. A Segurança Alimentar e Nutricional e o uso da abordagem de direitos humanos no desenho das políticas públicas para combater a fome e a pobreza. **Rev. Nutrição**, Campinas, v.22, n.6, p. 895-903, nov./dez. 2009.

ALTIERI, M.A. **Biotecnologia Agrícola: Mitos, riscos ambientais e alternativas**. Porto Alegre: ASCAR-EMATER/RS, 2002.

_____. **Agroecologia: as bases científicas da agricultura alternativa**. Rio de Janeiro: PTA/FASE, 1989.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA). Relatório aponta para uso indiscriminado de agrotóxicos no Brasil. Disponível em: www.portal.anvisa.gov.br. Acesso em: 30 de junho de 2010.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **I Seminário Nacional sobre agrotóxicos, saúde e ambiente**. Olinda, 2005.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução nº 18. **Diretrizes básicas para análise e comprovação de propriedades funcionais e ou de saúde alegadas em rotulagem de alimentos**. 30 de abril de 1999.

ARL, V. (Org). **Uma identidade que se constrói em rede**. Caderno de Formação 1. Lapa: Rede Ecovida, 2007.

AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: Unesp, 2003.

ASSIS, M.A.A.; NAHAS, M.V. Aspectos motivacionais em Programas de Mudança de comportamento alimentar. **Rev. Nutrição**, Campinas, v.12, n.1, p.33-41, jan./abr., 1999.

AZEVEDO, E. **Riscos e controvérsias no processo de construção do conceito de alimento saudável: o caso da soja.** 2009. 202 f. Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Curso de Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009a.

_____. Alimentos orgânicos na alimentação escolar sob a ótica da agroecologia. In: **Oficina V - Centro Colaborador de Alimentação Escolar de Santa Catarina (CECANE-SC)/UFSC/FNDE.** Florianópolis, outubro de 2009b.

_____. Reflexões sobre riscos e o papel da ciência na construção do conceito de alimentação saudável. **Rev. de Nutrição**, Campinas, v.21, n.6, p.717-723, nov.-dez. 2008.

_____. **Alimentos orgânicos: ampliando os conceitos de saúde humana, ambiental e social.** 2.ed. Tubarão: Unisul, 2006.

_____. **As relações entre qualidade de vida e Agricultura Familiar Orgânica: da articulação de conceitos a um estudo exploratório.** 2004. 136 p. Dissertação (Mestrado em Agrossistemas) – Programa de Pós-Graduação em Agrossistemas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e sociedade.** v. 11, n.1 p. 67-84, 2002.

BARROS, N.F. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p.850-850, jul./set. 2006.

BARROS, N.F.; SIEGEL, P.; SIMONI, C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.12, p. 3066-3069, dez. 2007.

BEARDSWORTH, A.; KEIL, T. **Sociology on the menu.** London: Routledge; 1997.

BECK, U. A Reinvenção da Política. In: GIDDENS, A., BECK, U. & LASH, S. **Modernização Reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. São Paulo: UNESP, 1997.

_____. **Risk society: towards a new modernity**. London: Sages, 1992.

BITTENCOURT, S.A. Uma alternativa para a política nutricional brasileira? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.629-636, jul./set. 1998.

BLEIL, S.I. O padrão alimentar ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. **Cadernos de debate**, Campinas, v. VI, p.1-25, 1998.

BODEKER, G.; KRONENBERG, F. A public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine. **American Journal of Public Health**. v. 92, n. 10, p. 1582-1591, out. 2002.

BOOG, M.C.F. Contribuições da educação nutricional à construção da segurança alimentar. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 6, n. 13, p. 17-23, 2004.

BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Org). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

BOSI, M.L.M. A Nutrição na concepção científica moderna: em busca de um novo paradigma. **Rev. Nutrição**, Campinas, v.7, n.1, p.32-47, jan./jun. 1994.

BOTSARIS, A. Brasil – Plantas Medicinais e Fitoterápicos – Um olhar sobre a atenção à saúde. **Rev. Bras. de Saúde da Família**, Brasília, Ano IX, p.170-174, maio 2008.

BRASIL, Lei Nº 11.947, de 16 de junho de 2009. **Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica**. Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008 - **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. DOU, seção 1, Brasília, 2008.

BRASIL. Decreto n. 242 de 12 de dezembro de 2008. **Determina a publicação da "Lista de Medicamentos Fitoterápicos de Registro Simplificado"**. DOU, seção 1, Brasília, 2008.p.56.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário Temático de Alimentação e Nutrição**. Série A – Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2007a.

BRASIL. Decreto Nº 6323, de 27 de dezembro de 2007. **Dispõe sobre a agricultura orgânica e dá outras providências**. DOU, Seção 1, p.2, Brasília, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Programa Nacional de reorientação da formação profissional em saúde - Pró-saúde**. Brasília, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde – PNPIC-SUS**. (Série B-Textos Básicos de Saúde). Brasília, 2006a. 92p.

BRASIL, Lei Nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. **Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN - com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências**. Brasília, 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2006c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. **Pesquisa do IBGE revela que o brasileiro mudou o seu padrão alimentar**. Brasília: MS, 2006d.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Guia Alimentar para a população Brasileira: promovendo a alimentação Saudável**. Brasília: MS, 2006e.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2. ed. Brasília: MS, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de alimentação e nutrição**, área técnica de alimentação e nutrição. Brasília: MS 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Pesquisa Nacional de Desenvolvimento Social - PNDS**. Brasília: MS, 1996.

BRASIL, Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: MS, 1986.

BUSS, P.M. Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D. (Org). **Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CAMPOS, G.V.S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.V.S., *et al.* (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

CAPONI, S. Resenha de: CASTIEL, L. D., ÁLVAREZ-DARDET, C. A. Saúde Persecutória: Os Limites da Responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.5, p.1194-1195, mai. 2008.

_____. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D. FREITAS, C. M. (Org). **Promoção da Saúde** - conceitos, reflexões, tendências. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p.55-77.

CAPORAL, F.R.; COSTABEBER, J.A. Agroecologia: aproximando conceitos com a noção de sustentabilidade. In: RUSCHEINSKY, A. (Org). **Sustentabilidade, uma paixão em movimento**. Porto Alegre: Sulina, 2004, 24p.

_____. Segurança Alimentar e Agricultura Sustentável – Uma perspectiva agroecológica. **Ciência e Ambiente**, Santa Maria, jul./dez., 2003.

CARVALHO, S.R.; GASTALDO, D. Promoção à Saúde e Empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, sup. 2, p. 2029-2040, 2008.

CARVALHO, S. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul-ago, 2004.

CEPAGRO - Centro de Estudos e Promoção da Agricultura de Grupo. Disponível em: www.cepagro.org.br. Acesso em: 10 de abril de 2010.

CHEVITARESE, L.; PEDRO, R. Risco, Poder e Tecnologia: as virtualidades de uma subjetividade pós humana. In: **Anais do Seminário Internacional de Inclusão Social e as Perspectivas Pós-estruturalistas de Análise Social**. Recife: CD-ROM, 2005, 27p.

CFN - CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Técnica – Multimistura. 15 de maio de 2010. Disponível em: http://www.cfn.org.br/novosite/arquivos/Nota_Tecnica_Multimistura.pdf. Acesso em: 15 de junho de 2010.

CFN - CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Boletim informativo número 37 de 12 de novembro de 2009. Ministério da Saúde divulga dados dos NASF. Disponível em: http://www.cfn.org.br/novosite/boletim/boletim_37.html. Acesso em: 08 de março de 2010.

CFN - CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Nota Técnica – Prescrição fitoterápica. 02 de abril de 2009b.

CFN - CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. O papel do nutricionista na atenção primária à saúde. 16 de outubro de 2008.

Disponível em:

http://www.cfn.org.br/novosite/arquivos/O_Papel_do_Nutricionista_na_Atencao_Primaria_a_Saude.pdf. Acesso em: 10 de maio de 2010.

CFN - CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. O Nutricionista e a prescrição fitoterápica. **Revista do CFN**, Brasília, n. 25, ano VI, jul/ago 2008.

CFN - CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Resolução 402/2007. **Regulamenta a prescrição fitoterápica pelo nutricionista de plantas in natura frescas, ou como droga vegetal, nas suas diferentes formas farmacêuticas, e dá outras providências.** DOU, seção 1, Brasília, 06/08/2007.

CFN - CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Resolução 380/2005. **Dispõe sobre as áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências.** DOU, seção 1, 09/12/2005.

CFN - CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. CFN discute as terapias complementares em Nutrição. **Revista do CFN**, Brasília, n. 10, ano III, p.6, 2003.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18 (suplemento), p. 191-202, 2002.

CONRADO, K.S.; GOMARA, F.L. **Verificação da atuação dos nutricionistas na prescrição e/ou orientação de fitoterápicos na prática clínica.** Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso), graduação em Nutrição, Faculdades Integradas Espírita, Curitiba, 2009.

CONSEA. Sistematização das contribuições ao Documento Base. **III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**, Fortaleza, 2007.

_____. **II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**, Olinda, 2004.

COSTA, G.D. *et al.* Saúde da Família: Desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.162, n.1, p.153-118, jan.-fev. 2009.

COSTA, N.M.C. da. Revisitando os estudos e eventos sobre a formação do nutricionista no Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.12, n.1, p.5-19, jan./abr. 1999.

COURY, S.T.; SILVA, D.L.; AZEVEDO, E. Dietoterapia Chinesa, Vegetarianismo e Nutrição Antroposófica. In: MURA, J. D. P.; CHEMIN, S. M. S. S. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia**. Roca: São Paulo, 2007.

COURY, S.T. **Nutrição Vital**. Brasília: L.G.E., 2004.

CZERESNIA, D. (Org). **Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DA ROS, M.A. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, M.; OLIVEIRA, A.P.; ESTEVÃO, A. (Org.). **A saúde em debate na Educação Física**. v. 1. Blumenau: Edibes, 2003. 191 p.

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. In: DUARTE, J.; BARROS, A. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006, p. 62-83.

EHLERS, E. **Agricultura sustentável: origens e perspectivas de um novo paradigma**. São Paulo: Livros da Terra, 1996.

ELICHER, M.J. A agroecologia e o desenvolvimento sustentável: uma construção teórica para análise da agricultura familiar. **Rev. de Ciências Humanas**, Florianópolis, n. 31, p.67-91, abril 2002.

Empresa Brasileira de Pesquisas Agropecuárias - EMBRAPA. 500 perguntas e 500 respostas – Hortaliças Orgânicas. Disponível em: <<http://www.sct.embrapa.br/500p500r/Resposta.asp?Acao=Pesquisa&Critério=resíduo&CodigoProduto=00081360&CodigoCapitulo=&CodigoPR=11652>>. Acesso em: 12 de junho de 2010.

FARFAN, J.A. Alimentação alternativa: análise crítica de uma Proposta de intervenção nutricional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.205-212, jan./mar. 1998.

FERNANDEZ, B.P.M. **Isenção ou isenção de valores na ciência?** A posição crítica de Hugh Lacey. (resenha). Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina. 2003.

FERREIRA, H.S. *et al.* Efeitos do consumo da multimistura sobre o estado nutricional: ensaio comunitário envolvendo crianças de uma favela da periferia de Maceió, Alagoas, Brasil. **Rev. Bras. de Saúde Materno-infantil**, Recife, n.8, v.3, p.309-318, jul./set. 2008.

FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e Promoção da Saúde: Perspectivas atuais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, v. 7, p.1674-1681, jul. 2007.

FEYERABEND, P. **Adeus à razão**. São Paulo: Edições 70, 1991, 372 p.

FLORIANÓPOLIS, SC. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Primária- Estratégia Saúde da Família: Eixo Central Ordenador do Sistema de Saúde de Florianópolis/SC. Disponível em: http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_11_2009_8.59.50.a3dd63a65dd70d7781131c03ce4e8a9d.pdf. Acesso em: 17 de junho de 2010.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FREITAS, M.C.S., *et al.* Uma leitura humanista da nutrição. In: FREITAS, M.C.S.; FONTES, G.A.V.; OLIVEIRA, N. (Org). **Escritas e Narrativas sobre alimentação e cultura**. Salvador: EDUFBA, 2008.

FREITAS, M.C.S. Educação nutricional: Aspectos sócio culturais. **Rev. Nutrição**, Campinas, v. 10, n.1, p. 45-49, jan./jun. 1997.

GARCIA, R.W.D. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p.455-467, jul./set. 1997a.

_____. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. **PHYSYS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.51-68, 1997b.

GONÇALVES, R.P. *et al.* Profissionais da área de saúde pública: atitudes, conhecimentos e experiências em relação a práticas médicas não-convencionais. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 4, p. 398-405, out./dez. 2008.

GONZALEZ, A.P. **Lugar de médico é na cozinha**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Rio, 2006.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1986.

GURGEL, I.G.D. *et al.* **Práticas Integrativas e Complementares no Programa de Saúde da Família voltados para atenção à saúde mental**: estudos de caso no Nordeste, Sul e Sudeste. Relatório Técnico Final – CNPq. Recife, 2010.

GUTERRES, R.L. *et al.* **Processo histórico de implantação da CTSAN no município de Florianópolis**. II Mostra de Alimentação e Nutrição no SUS. Brasília, 11 a 14 de novembro de 2008.

HO, M.W. *et al.* Gene Technology and gene ecology of infectious diseases. In: **Microbial Ecology in Health and Disease**, Stockholm, v.10, n.1, p.33-59, 1998.

IBASE – Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. **Democracia Viva**, Rio de Janeiro. n. 39, jun. 2008.

ILLICH, I. **Nêmesis da medicina**: a expropriação da saúde. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

INAN; IBGE; IPEA. **Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição (PNSN)**. Ministério da Saúde, mar./1990, p. 13-19.

INSTITUTO AKATU PELO CONSUMO CONSCIENTE. Maioria das pessoas não aproveita integralmente os alimentos. Disponível em: <[http://www.akatu.org.br/central/especiais/2005/08/1084/?searchterm=a proveitamento*](http://www.akatu.org.br/central/especiais/2005/08/1084/?searchterm=a%20proveitamento%20)>. Acesso em: 11 de maio 2009.

INSTITUTO VIDA UNA. Disponível em: www.institutovidauna.com.br. Acesso em: 20 de fev 2009.

JÚNIOR, J.F.L. *et al.* Situando a fitoterapia frente às racionalidade médicas ocidentais contemporâneas. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v.7, n.16, p.49-53, 2005.

KALLUF, L.J.H. A realidade da fitoterapia na prática do nutricionista. CRN-3 Notícias, São Paulo e Mato Grosso do Sul, p. 36-37, out./dez., 2007. Disponível em: http://www.crn3.org.br/atualidades/revistas/arquivos/edicao_088_artigo.pdf. Acesso em: 13 de jun. 2010.

KHATOUNIAN, C.A. **A reconstrução ecológica da agricultura**. Botucatu: Agroecológica; 2001, 348p.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparision of medical systems as cultural systems. **Social Science & Medicine, Hartford**. v.2, p. 85-93. 1973.

KULKAMP, I.C. *et al.* Aceitação de práticas não-convencionais em saúde por estudantes de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Rev. brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro. v.31, n.3, set./dez. 2007.

KULVINSKAS, V. **Nutritional Evaluation of sprouts and grasses**. 21 century publications: Boston, EUA, 1991.

LAD, V. **Ayurveda: A Ciência da autocura**, um guia prático. 2.ed. São Paulo: Ground, 2007.

LAMARCHE, H (coord.). **A agricultura familiar: comparação internacional-uma realidade multiforme**. Campinas: Ed. Unicamp, 1993.

LECOURT, D. Normas. In: CAPONI, S.; RUSSO, M. **Estudos de Filosofia e História das Ciências Biomédicas**. Florianópolis: Discurso Editorial, 2006, p.293-303.

LEVIN, J.S.; JONAS, W.B. (editores) **Tratado de medicina complementar e alternativa**. São Paulo: Manole, 2001.

LUZ, M.T. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos. In: **IV CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS e HUMANAS em SAÚDE/ ABRASCO; VIII CONGRESSO DA ALAMES; XI CONGRESSO DA IAHP**. Salvador, 13-18 julho de 2007a.

_____. **Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva** – Estudo sobre Racionalidades médicas e atividades corporais. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007b.

_____. Cultura contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no fim do século XX. **Physis** - Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, (Suplemento), 2005, p. 145-176 (reedição comemorativa do artigo publicado no v. VIII (1), 1997).

_____. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. In: **Série Estudos em Saúde Coletiva**. n. 62. Rio de Janeiro: ERJR/IMS, 1993.

_____. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática – anos 80. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.32, p.138-154, jun.1991.

_____. **Natural, Racional, Social**. Razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus: 1988.

MALUF, S. J. **Segurança Alimentar e Nutricional**. Petrópolis: Vozes, 2007.

MENÉNDEZ, E. 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 185-208.

MENEZES, F. **Segurança Alimentar**: um conceito em disputa e construção. Rio de Janeiro: Ibase, 2001.

MESA BRASIL – SESC. **Banco de Alimentos e Colheita Urbana**: Aproveitamento Integral dos Alimentos. Programa Alimentos Seguros. Convênio CNC/CNI/SEBRAE/ANVISA Rio de Janeiro: SESC/DN, 2003, 45 p.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 6. Ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MOREIRA, C.; BARREIRO, J.T. **A Promoção da saúde prescrita**: Ações e contradições na Política nacional de Promoção da saúde. 2006. Monografia (Especialização em saúde da família - Modalidade Residência). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

NAVOLAR, T. S.; GONÇALVES, R. C. Os benefícios dos brotos e das sementes germinadas na alimentação. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição**. Ano 1, n.1, abr/mai/jun, 2008.

NAVOLAR, T.S; RIGON, S.A.; PHILIPPI, J.M.S. Diálogo entre Agroecologia e Promoção da Saúde. **Rev. Bras. de Promoção da Saúde – RBPS**, Fortaleza, v. 23, n.1, p.69-79, jan./mar. 2010.

NCCAM (USA). **What is Complementary and Alternative Medicine**. Disponível em: <<http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/#1>>. Acesso em: 10 jun. de 2008.

NESTLE, M. **Food politics**. Berkley (LA): University Of California, 2002.

OLIVEIRA, J.A.N. *et al.* Percepção dos obesos sobre o discurso do nutricionista – estudo de caso. In: FREITAS, M.C.S.; FONTES, G.A.V.; OLIVEIRA, N. (Org). **Escritas e Narrativas sobre alimentação e cultura**. Salvador: EDUFBA, 2008.

OLIVEIRA, S.M.S., *et al.* Impacto da multimistura no estado nutricional de pré-escolares matriculados em creches. **Rev. Nutrição**, Campinas, n. 19, v.2, p.169-176, mar./abr. 2006.

PACHECO, S.S.M. O hábito alimentar enquanto um comportamento culturalmente produzido. In: FREITAS, M.C.S.; FONTES, G.A.V.; OLIVEIRA, N. (Org). **Escritas e Narrativas sobre alimentação e cultura**. Salvador: EDUFBA, 2008.

PÁDUA, J.G.; BOOG, M.C.F. Avaliação da inserção do nutricionista na rede básica de saúde dos municípios da região metropolitana de Campinas. **Rev. Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 4, p. 413-424, jul./ago. 2006.

PINHEIRO, A.R.O.; CARVALHO, D.B.B. Estado e mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p.170-183, 2008.

POLÔNIO, M.L.T, PERES, F. Consumo de aditivos alimentares e efeitos à saúde: desafios para a saúde pública brasileira. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1653-66, 2009.

PROJETO TERRAPIA. Alimentação Viva na Promoção da Saúde e do Ambiente. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/terapia/>. Acesso em: 05 de junho de 2010.

PROJETO BIOCHIP. Disponível em: www.users.rdc.puc-rio.br/anabranc. Acesso em: 16 de junho de 2010.

RIGON, S.A. **Alimentação como forma de mediação da relação sociedade natureza**: Um estudo de caso sobre a agricultura ecológica e o autoconsumo em Turvo – PR. 2005. 321 f. Dissertação (Mestrado em Geografia), Curso de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2005.

SABATÉ, J. **Nutrición Vegetariana**. 3. ed. Madrid, Espanha: Editorial Safeliz, p. 183-181, 2005.

SANTOS, L.A.S. *et al.* Uso e percepções da alimentação alternativa no estado da Bahia: um estudo preliminar. **Rev. Nutrição**, Campinas. n. 14 (suplemento), p.35-40, 2001.

SANTOS, L.A.S. O corpo, o comer e a comida, um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo. Salvador: EDUFBA, 2008.

SILVA, D.L.; COURY, S.T.; MARCHIORI, V.; KALLUF, L.J.H.; COUTINHO, A.O.; PINHEIRO, L.S.M. **Fitoterapia na prática do Nutricionista**. Relatório da Comissão Nacional de Fitoterapia do CFN. Brasília, 2007. 20p.

SIMONI, C.; BEVENIDES, I.; BARROS, N.F. As práticas integrativas e complementares no SUS: realidade e desafios após 2 anos de publicação da PNPIC. **Rev. Bras. de Saúde da Família**. Ano IX, maio 2008. Brasília, Ministério da Saúde. p.70-76.

SIQUEIRA, S.L, KRUSE, M.H.L. Agrochemicals and human health: contributions of healthcare professionals. **Rev. Esc. Enfermagem**, São Paulo, v. 42, n.3, p. 584-90, 2008.

SLYWITCH, E. **Alimentação sem carne** – Guia prático. São Paulo: Palavra Impressa, 2006.

SOTO, W.H.G. **A produção de conhecimento sobre o “mundo rural” no Brasil** – As contribuições de José de Souza Martins e José Graziano da Silva. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2002.

SOUSA, M.F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso á atenção básica. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 61, n.2, p.153-158, mar.-abril 2008.

_____. Is US health really the best in the world? **JAMA**. v. 284, n. 4, jul. 2000, p. 483-5.

STOPELLI, I. M.B.S.; MAGALHÃES, C.P. Saúde e Segurança Alimentar: a questão dos agrotóxicos. **Cad. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, p.91-100, set.- dez., 2005.

TEIXEIRA, R.C.M.A. *et al.* Estado nutricional e estilo de vida em vegetarianos e onívoros – Grande Vitória – ES. **Rev. Bras. de Epidemiologia**, São Paulo, v.9, n.1, p. 131-143, 2006.

TESSER, C.D.; LUZ, M. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.13, v.1, p. 195-206, 2008.

_____. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n. 2, p. 363-372, 2002.

TESSER, C.D. (org.) **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. Práticas Complementares, Racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.25, v.8, p. 1732-1742. ago, 2009.

_____. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno da saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.10, n.19, p.61-76. jan./jun., 2006a.

_____. Medicalização social: limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.10, n.20, p.347-62. jul-dez, 2006b.

_____. **A biomedicina e a crise de atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização**, 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Departamento de Medicina Preventiva e Social - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

THIAGO, S.C.S. **Medicinas e terapias complementares na visão de médicos e enfermeiros da saúde da família de Florianópolis**, 2009, 120f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

TROVO, M.M.; SILVA, M.J.P.; LEÃO, E.R. Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do

conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.483-9, jul./ago. 2003.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

VALENTE, F.L.S. **Direito Humano à Alimentação**: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **PHYSIS: Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.67- 83, 2004.

VASCONCELOS, E.M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, F.A.G. **Avaliação Nutricional de coletividades**. 4. ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2007.186 p.

VASCONCELOS, F.A.G. *et al.* Evolução histórica do nutricionista em Santa Catarina (1980-2003). **Rev. Ciências da saúde**, Florianópolis, v.24, n.1/2, p.28-35, jan/dez. 2005.

VASCONCELOS, F.A.G. Um perfil do nutricionista em Florianópolis – SC. **Rev. Ciência e Saúde**, Florianópolis, v. 10, n.1/2, p. 72-86, 1991.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p.82-88. jan./mar., 2005.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Trad. GRASSI, D. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

ZAMBERLAM, J. Dos genomas aos átomos - a imensidão do mínimo – Tecnologia Atômica: tecnologias que convergem para a nano escala. Resenha da Publicação: “**De los genomas a los átomos** - A Inmensionalidad de lo Mínimo – Tecnologia Atômica: tecnologias que convergen en la nano escala”. ETC GROUP, Canadá, 2003.

WALLERSTEIN, N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. **American Journal of Health Promotion**, Lawrence, v.6, p.197-205, 1992.

WIGMORE, A. **Energia Vital** – o poder de cura que existe em você. Gaia: São Paulo, 1994.

ARTIGO 1**CONTRIBUIÇÕES PARA A CONSTRUÇÃO DA NUTRIÇÃO
COMPLEMENTAR INTEGRADA**

Contribuciones para la construcción de la nutrición suplementaria
integrada

Contributions for the construction of integrative and complementary
Nutrition

Thaís Santos Navolar
Mestranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós-graduação em Saúde
Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina.
thaisantosn@gmail.com

Charles Dalcanale Tesser
Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade
Federal de Santa Catarina.

Elaine de Azevedo
Pós-doutoranda no Departamento de Prática em Saúde Pública,
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

RESUMO

A prática da Nutrição sofre com os reflexos do modelo biomédico da saúde, formando o atual paradigma nutricional. Com base nos referenciais da Saúde Coletiva, este artigo propõe uma ampliação dessa ciência a partir das contribuições da categoria racionalidades médicas de Madel Luz, das ciências humanas e sociais, bem como de outras racionalidades distintas da biomédica hegemônica. Dessa forma, objetiva-se trazer elementos que podem contribuir para a construção da Nutrição Complementar Integrada.

Palavras-chave: Nutrição complementar integrada; Nutricionista; Práticas Integrativas e Complementares; paradigma nutricional.

ABSTRACT

The practice of nutrition suffers the health biomedical model consequences, forming the current nutritional paradigm. Based on Public Health references, this paper proposes an extension of this science from the Madel Luz medical rationalities category contributions, the humanities and social sciences, as well as other different rationalities from biomedical hegemony. Thus, the objective is to find elements that can contribute to the Integrative and Complementary Nutrition construction.

Keywords: Nutritionist; Complementary and Alternative Medicine; integrative and complementary Nutrition; nutritional paradigm.

RESUMÉN

La práctica de la Nutrición sufre con las consecuencias del modelo biomédico de la salud, formando el actual paradigma nutricional. Con base en los referenciales de la Salud Pública, se propone una extensión de esa ciencia a partir de las contribuciones de la categoría racionalidades médicas de Madel Luz, de las ciencias humanas y sociales, así como otras racionalidades distintas de la hegemonía biomédica. Así, el objetivo es encontrar elementos que puedan contribuir a la construcción de la nutrición suplementaria integrada.

Palabras-clave: nutrición suplementaria integrada; Nutricionista; Práticas Integrativas e suplementares; paradigma nutricional.

INTRODUÇÃO

Considera-se a existência de uma interface Nutrição-Saúde Coletiva relacionada à problemática da atuação profissional dos nutricionistas no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), que é a existência de outras lógicas e valores e, por hipótese, racionalidades nutricionais distintas da biomédica. Algumas dessas racionalidades, popularmente chamadas de práticas alternativas ou naturais, parecem estar relacionadas a uma maior adequação aos elementos culturais e socioambientais que compõe atualmente o conceito de alimento saudável, promovendo, com mais efetividade, a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Ressalta-se que tal interface é pouco conhecida e explorada tanto no ambiente acadêmico quanto profissional, seja nas áreas da Nutrição ou da Saúde Coletiva. Em analogia ao campo das Medicinas Alternativas e Complementares/Medicinas Tradicionais (MAC/MT), a hipótese deste estudo é que estas outras lógicas da Nutrição são relevantes, mas ainda pouco exploradas. Entretanto, diante de sua aproximação com o conceito de SAN e de suas contribuições para a Saúde Coletiva e para a ampliação da prática profissional do nutricionista no SUS, considera-se que essa abordagem merece ser reconhecida e estudada. Além disso, tal tema é base para a construção de um novo campo de saber e prática na Nutrição.

Propõe-se preliminarmente uma seleção e classificação de práticas e saberes nutricionais complementares/alternativos (analogamente às MAC/MT) chamadas no seu conjunto de Nutrição Complementar Integrada (NCI). Tais práticas poderiam ser desenvolvidas por este profissional desde que capacitado para isso. Entre essas práticas elencam-se inicialmente: o estudo da fitoterapia/plantas medicinais, a dietoterapia chinesa, a alimentação ayurvédica, a alimentação antroposófica, a nutrição funcional, o vegetarianismo, a alimentação viva e o aproveitamento integral dos alimentos. Nesse contexto, se inclui ainda o consumo de alimentos produzidos sob a ótica da Agroecologia⁵¹. Ressalta-se que tal consumo não pode ser

⁵¹ A Agroecologia se caracteriza como um movimento sóciopolítico, de fortalecimento do agricultor familiar em busca de sua identidade e raízes culturais e de sua autonomia e participação ativa no processo produtivo, favorecendo o local como foco de ação, buscando o fortalecimento de uma forma de agricultura e de desenvolvimento rural sustentável. O modelo

considerado uma nova racionalidade, mas uma “atitude alimentar” já inserida em algumas das práticas supra mencionadas.

Para desenvolver tal hipótese, este artigo discute o modelo biomédico hegemônico na saúde, na Nutrição e na prática profissional do nutricionista e reforça a necessidade de ampliar essa perspectiva. O texto mostra também as contribuições já existentes para aproximação de tal objetivo e esboça uma primeira aproximação descritiva do universo preliminarmente chamado NCI.

O MODELO BIOMÉDICO DE SAÚDE E A VISÃO DOMINANTE DA NUTRIÇÃO

A crise da saúde pode ser entendida como um conjunto de eventos de natureza socioeconômica, cultural e epidemiológica que afetaram a área da saúde desde o fim do século passado. Considerando as desigualdades presentes na conjuntura mundial impulsionadas pelo sistema capitalista, essa crise torna-se ainda mais aguda e tem como reflexo as grandes iniquidades sociais e uma mistura de velhos e novos problemas de saúde pública (Luz, 2007b).

Outra consequência dessa crise é a extrema dependência dos usuários dos bens e serviços do modelo médico-assistencial (Barros, 2002). Este processo, conhecido por medicalização social, já foi anteriormente discutido por Foucault e por Illich, sendo que este criou o termo “iatrogenia cultural”, entendido como a perda do potencial cultural para manejo da maior parte das situações de dor, adoecimento e sofrimento). A medicalização se define, portanto, como um processo de apropriação da biomedicina dos comportamentos humanos, caracterizando-os como problemas médicos (Tesser, 2010).

Menéndez (2003) afirma que a maior parte das diversas formas de atenção atua basicamente na doença e não na promoção da saúde. Tal postura é atribuída aos profissionais de saúde, em grande parte por causa de sua formação biologicista com base na racionalidade científica moderna, mas também aos sujeitos e grupos sociais, já que estes demandam mais sobre seus processos de doença do que sobre seu estado de saúde.

Outra repercussão diz respeito ao “higienismo generalizado”

(Lecourt, 2006), com uma rigidez de normas do processo saúde-doença por meios das quais as orientações médicas passaram a ter um efeito impactante na vida cotidiana dos indivíduos. A normalização das condutas e estilos de vida nasceu com a medicina social, no século XIX, quando as políticas de saúde convertem-se em intervenções sobre a vida privada dos indivíduos (Caponi, 2003). Isso se estendeu à prevenção das doenças, encarada de forma obsessiva e expandida com o apoio da sociedade em geral e da mídia. Nogueira (2003) considera tal fenômeno como uma higiomania moderna, sob a qual questões de prevenção transformam-se em rígidas intervenções nos hábitos cotidianos, com consequente culpabilização do indivíduo, visíveis no âmbito das restrições alimentares.

O PARADIGMA NUTRICIONAL

A ciência da Nutrição está igualmente inserida no modelo biologicista, com foco na doença e no risco, fazendo com que grande parte de suas práticas estejam dedicadas a intervenções de caráter restritivo, como apontam diferentes autores. A profissão do nutricionista tem origem nos hospitais, apoiando o médico na elaboração de dietas, constituindo assim uma prática curativa individual (Costa, 1999). A prática clínica do nutricionista tem predominância no discurso normativo, comum ao discurso médico, com base em regras originadas da perspectiva higienista do século XVIII (Oliveira *et al*, 2008).

O conceito de alimentação saudável, um legítimo e polêmico campo de estudo da Nutrição, é percebido por Azevedo (2008) como uma construção social historicamente permeada pelo risco, com determinantes sociais e políticos, em cuja construção há importante papel da indústria alimentícia e do *marketing* (Nestle, 2002). O modelo racional e restritivo das intervenções alimentares (acima inserido no contexto de uma higiomania moderna) pode ser entendido como um processo de racionalização e medicalização da dieta (Beardsworth; Keil, 1997). Tal processo faz parte das transformações do estilo de vida moderno e tem forte influência sobre a percepção da sociedade.

Elementos centrais da Nutrição moderna, identificados por Bosi (1994), englobam uma visão reducionista do ser humano, uma análise parcial e fragmentada da relação ser humano e alimento, a normatização dos sujeitos, a naturalização dos problemas nutricionais e o enfoque predominantemente curativo. Também Ferreira e Magalhães (2007) consideram que a formação do nutricionista é deficiente na abordagem

de questões políticas, socioeconômicas e culturais, o que repercute na análise crítica a respeito da conjuntura alimentar, no campo da atenção e na inserção do profissional no sistema público de saúde. Tal formação, com enfoque no alimento e na doença, desarticula uma abordagem do sujeito social com suas crenças e história (Oliveira *et al*, 2008). Entre os autores que trabalham com a subjetividade nas discussões da Nutrição, bem como o campo de representações, valores e crenças envolvidas no ato de se alimentar, destaca-se Garcia (1997) para quem as necessidades humanas vão além das nutricionais e que o nutricionista deve se debruçar sobre as necessidades sócio-culturais que envolvem tal ato.

A prática do nutricionista é fortemente influenciada por estas questões, e ao mesmo tempo é ativa nelas. A idéia de ‘indivíduo normal’ está construída a partir de médias da espécie humana e do imaginário social, determinado pelo contexto social, em que a cultura vigente atribui como normalidade o modelo idealizado biossocial e cultural com medidas antropométricas pré-determinadas, como a curvatura da cintura, ou a relação do peso com a estatura (Oliveira *et al*, 2008). No entanto, o discurso do profissional é a via de comunicação com o paciente na (re)significação de seu corpo enquanto uma entidade enferma. Os autores referem que a ideia de anormalidade enquanto estigma, as representações de desordem ou desvio não são, ainda, objeto de reflexão nos atendimentos nutricionais.

Os aspectos sócio-culturais da educação nutricional analisados por Freitas (1997), trouxeram reflexões necessárias a respeito da orientação nutricional, já que a mesma deveria englobar os aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos, incluindo ainda os aspectos simbólicos do corpo. Foram consideradas duas distintas práticas de educação nutricional: aquela que leva em consideração os aspectos socioculturais, a história individual/familiar/grupal; e aquela a-histórica, a-temporal, cuja orientação seria verticalizada e uniforme. Em trabalho mais recente a autora e seus colaboradores colocam que na conduta normativa o paciente tende a receber a dieta como se esta fosse uma “receita medicamentosa” e que: “os nutrientes organizados como um receituário dietético faz oposição à cultura, hábitos, valores culturais do comer” (Freitas *et al*, 2008, p.211).

O discurso normativo, dissociado de um caráter mais humano das práticas de cuidado e vinculado às prescrições restritivas, reforçam o “vigiar e punir”. A dieta restrita não consegue superar a dicotomia entre o prazer de comer, os sentimentos de culpa e outros aspectos simbólicos que envolvem a relação entre o nutricionista e o paciente (Oliveira *et al*,

2008, p.178). Dessa forma, percebe-se que há de se avançar na inserção de diferentes olhares para o cuidado nutricional, seja na prática clínica hospitalar, seja na atenção primária.

UMA VISÃO AMPLIADA DA SAÚDE E DA NUTRIÇÃO

Os debates em torno da crise da saúde e a busca da redemocratização do país suscitaram no Brasil a mobilização de diversos setores que formaram o movimento da reforma sanitária na década de 1970. Os seus ideais democratizantes impulsionaram a criação do ideário da Saúde Coletiva e do SUS cujos princípios são a universalidade, equidade e integralidade (Da ros, 2003).

Também no contexto internacional, nessa mesma época, os países desenvolvidos começam a repensar o seu modelo de saúde. Destaca-se o movimento de reformulação do sistema de saúde do Canadá, divulgado através do Informe Lalonde (1974), e seu enfoque para a Promoção da Saúde (Buss, 2003). Em 1978 é lançada a Declaração de Alma-Ata, a qual universaliza a recomendação de estruturar os sistemas de saúde por meio da atenção primária à saúde que progressivamente vem sendo colocada em prática em diferentes países.

Nos últimos 30 anos, aparece um crescente e consistente movimento social de revalorização de práticas não biomédicas de cuidado e promoção da saúde, chamadas em seu conjunto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de Medicinas Alternativas e Complementares e Medicinas Tradicionais (MAC/MT). Segundo o *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM), as MAC/MT são definidas como um grupo de sistemas médicos e de cuidado à saúde que não fazem parte da biomedicina. Essa instituição propõe a seguinte subdivisão das MAC: sistemas médicos alternativos (homeopatia, medicina ayurvédica, medicina tradicional chinesa - MTC); intervenções mente-corpo (meditações, orações); terapias biológicas (fitoterapia, alimentos e suplementos naturais); terapias energéticas (reiki, bioenergia, entre outros); e por fim os métodos de manipulação corporal e baseados no corpo (massagens, exercícios) (NCCAM, 2008).

Segundo Bodeker e Kronenberg (2002), 50% das pessoas dos países desenvolvidos utilizam as MAC/MT, incluindo as medicinais indígenas. Nos países em desenvolvimento tais práticas representam uma forma de cuidado de cerca de 80% da população. Atualmente, é observável um crescimento das MAC, fato considerado por Menéndez

(2003) como uma possível reação a determinadas características da biomedicina.

A respeito da relativização do paradigma biomédico, a categoria Racionalidade Médica foi criada por Luz (2007a) apoiando-se na teoria de tipo ideal de Weber e pode ser entendida como um conjunto integrado de práticas e saberes composto pelas seguintes dimensões: cosmologia, morfologia humana, dinâmica vital, sistema de diagnose, sistema terapêutico e doutrina médica. A partir destas dimensões, foi possível analisar outras racionalidades médicas, como a medicina ayurveda, a MTC e a homeopatia, além da biomedicina, enquanto sistemas comparados. Tal categoria permite a consideração, compreensão e valorização dessas racionalidades em certa medida, independentemente da biociência e suas explicações. Contribui-se assim para a ampliação da compreensão do processo saúde-doença-atenção e alimentação-nutrição com a diversificação das lógicas, critérios e valores a serem levados em conta - o que, academicamente, implica em discussões filosóficas, sociológicas, políticas e culturais ali envolvidas, além de epistemológicas.

No Brasil, a institucionalização dessas abordagens teve início a partir da década de 1980, com a criação do SUS. Segundo pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2004, 232 municípios ofereciam algum tipo de prática complementar em seus serviços públicos de saúde (Barros; Siegel; Simoni; 2007). Em 2006, foi editada a Portaria 971 que cria a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), incluindo na Atenção Primária práticas de medicina chinesa e acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia e termalismo. Tal Política pode ser considerada uma conquista na medida em que reconhece o uso e aplicação de tais práticas e permite o acesso a este tipo de serviço pelo SUS.

UMA VISÃO AMPLIADA DA NUTRIÇÃO

O campo de estudos da Saúde Coletiva e da Promoção da Saúde fomenta maior abrangência epistemológica e cultural da discussão precedente, aumentando o escopo do debate a respeito de uma visão ampliada de saúde e de nutrição. Acredita-se que tal campo pode contribuir para a construção de outras possíveis “racionalidades nutricionais”, a partir dos estudos pioneiros de Luz já mencionados. O reconhecimento, valorização e estudo do que se designa aqui como “Nutrição Complementar Integrada” pretende ser uma primeira

contribuição para uma futura caracterização das diferentes racionalidades nutricionais, que diversifiquem as possibilidades de entendimento e de ações na área da Nutrição e da Saúde Coletiva. Junto ao movimento da SAN e da Agroecologia, o estudo da NCI pode também contribuir para a relativização do modelo dominante e para mudar a perspectiva calórico-quantitativa que embasa a noção moderna do que é um alimento adequado e saudável. Da sua confluência pode vir a surgir um enriquecimento do saber e da prática profissional dos nutricionistas, particularmente no SUS, bem como da pesquisa na interface Saúde Coletiva-Nutrição.

Existem muitas dimensões que precisam ser consideradas para compor uma nova e legítima visão ampliada da Nutrição contemporânea. Bosi (1994) afirma que são inegáveis as contribuições que a Saúde Coletiva traz neste processo, em especial na afirmação dos variados determinantes sociais que interferem no acesso a uma dieta saudável, bem como na tentativa de reorientação das práticas. Em contrapartida, a autora faz um alerta aos limites dessa contribuição: “o fato de a vertente social ter grande poder explicativo dos determinantes sociais, não quer dizer que englobe tudo” (Bosi, 1994, p.40). Daí a necessidade de contextualizar o que a autora coloca como pertinente para uma concepção holística da Nutrição, levando em conta a relativização dos padrões de normalidade; a amplitude da relação homem/alimento; a interface entre a nutrição e a cultura; e ainda um estreitamento com o meio ambiente e a perspectiva ecológica.

A abordagem das ciências humanas também traz contribuições necessárias para repensar a relação entre o nutricionista e o paciente (Freitas *et al*, 2008); acredita-se que elas podem também ajudar a renovar a perspectiva dominante da Nutrição. Esses autores propõem uma leitura humanista dessa ciência, na qual o profissional levaria em conta as representações e interpretações do sujeito da sua alimentação, seu corpo e sua realidade. Para que isso ocorra, os autores destacam a urgente necessidade de diálogo entre diferentes disciplinas, com o olhar das ciências humanas e da saúde para os profissionais da Nutrição, com vistas a gerar outra interpretação e compreensão da cultura alimentar e suas representações sociais (Freitas *et al*, 2008). A relação entre o ser humano e o alimento vai além do seu simples consumo, pois constitui o chamado comportamento alimentar, formado pelos aspectos produtivos, de seleção e preparo até os aspectos simbólicos (Garcia, 1997b).

Além de tais questões, destaca-se a contribuição da própria educação em saúde, considerando a abordagem da educação popular e

emancipadora fundamentada nos trabalhos de Paulo Freire (Oliveira *et al*, 2008). Esses autores consideram que a educação nutricional entendida nessa perspectiva se revela como uma ferramenta eficiente no tratamento de diversas patologias associadas à Nutrição, como a obesidade, por exemplo: “na medida em que faz do sujeito um co-autor no processo terapêutico, construído a partir de uma relação de trocas, compreensão e respeito à cultura e ao ser humano” (Oliveira *et al*, 2008, p.188). Essa é uma dimensão que precisa de atenção urgente para que o nutricionista desenvolva instrumentos para promover uma proposta de educação nutricional no SUS que siga os princípios de respeito aos diferentes saberes e de construção coletiva de conhecimento.

Em relação às políticas de saúde, ressalta-se o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nos quais a participação de nutricionistas permite a inserção deste profissional na atenção primária. Tal atuação ainda precisa ser melhor definida para superar as perspectivas intervencionistas de mudança de hábitos alimentares, sem resultados satisfatórios. Nada obstante, a inserção de nutricionistas na APS, com uma visão ampliada de educação em saúde e de nutrição, tem o potencial de promover a integralidade, a perspectiva da promoção da saúde e da intersetorialidade, com vias a superação da relação hierárquica entre profissional e usuário e para o fortalecimento da cidadania alimentar (Ferreira; Magalhães, 2007).

Outro movimento já mencionado e que merece realce é o da SAN, no qual é esperado que os nutricionistas atuantes na Saúde Coletiva tenham forte engajamento. O conceito de SAN vem enriquecer o debate em torno da visão ampliada da alimentação e da saúde, na medida em que articula diversas estratégias por ser um tema de caráter essencialmente intersetorial. Aqui se almeja trazer alguns conceitos chaves na compreensão da SAN enquanto ferramenta de promoção da alimentação saudável no SUS, o que se torna elementar para as reflexões a cerca da atuação do nutricionista na área. A definição de alimentação “adequada”⁵² e saudável difundida pelo Ministério da Saúde engloba as necessidades biológicas e sociais da população, devendo ser acessível, saborosa, variada, colorida e segura microbiológica e quimicamente. Porém o conceito incorpora ainda questões que envolvem o modelo

⁵² Termo presente nas discussões do Conselho Nacional de Segurança Alimentar - CONSEA, e incorporado na Lei Orgânica de Segurança Alimentar (11.346/06).

produtivo, a cultura alimentar, os alimentos regionais e o âmbito afetivo ligado às práticas alimentares (Brasil, 2007a). Considera-se que o entendimento sobre a SAN e sua definição de alimento adequado e saudável pode contribuir para a discussão sobre outras racionalidades nutricionais e sobre a NCI.

Para a concretização de políticas de Alimentação e Nutrição que considerem essencialmente a Promoção da Saúde em seu mais amplo sentido, faz-se necessário um olhar para a produção de alimentos socioambientalmente sustentáveis, aspecto presente inclusive no conceito de SAN. Essa afirmação conduz ao campo de estudos da Agroecologia que, entre outros objetivos, se propõe a produzir alimentos sob essa desafiante perspectiva.

A NUTRIÇÃO COMPLEMENTAR INTEGRADA

Este termo origina de trabalho desenvolvido pelas nutricionistas Deise Lopes Silva e Soraya Terra Coury, em Brasília. O debate a respeito das práticas integrativas na Nutrição teve início em 2002, momento em que o Conselho Federal de Nutrição solicita às profissionais supracitadas um parecer das seguintes terapias: Acupuntura, Medicina Tradicional Chinesa, Fitoterapia, Oligoterapia, Iridologia, Florais e Homeopatia. Em 2003, o CFN em parceria com a Associação Brasileira de Nutrição, realiza em São Paulo o I Seminário de Terapias Complementares, no qual foram debatidas as seguintes práticas: oligoterapia, fitoterapia, medicina chinesa, florais e iridologia. Um dos principais encaminhamentos do Seminário foi a criação de um Grupo de Trabalho Nacional sobre as terapias complementares e Grupos de Trabalhos regionais (CFN, 2003).

A fitoterapia foi definida como prioritária para debater na categoria. No ano de 2005 é elaborada uma minuta de resolução para a prescrição fitoterápica pelos nutricionistas (Kalluf, 2007). Em 2007 a Resolução 402 é aprovada, autorizando a prescrição de fitoterápicos por tal profissional.

As práticas complementares em Nutrição podem ser divididas em duas categorias, de acordo com sua origem epistemológica: os **Modelos Alimentares** que incluem àquelas vinculadas a práticas tradicionais, entre elas a alimentação ayurvédica, a dietoterapia na MTC, a macrobiótica e a alimentação antroposófica; as **Correntes Alimentares** que abarcam as tendências de alimentação que não apresentam um vínculo a alguma religião ou sistema tradicional

(Azevedo, 2006). Destas últimas, serão abordadas o vegetarianismo, a alimentação viva, a nutrição funcional, a fitoterapia e o aproveitamento integral dos alimentos. A descrição das práticas selecionadas destina-se a um breve esclarecimento a respeito do que tratam, não sendo objeto deste estudo um aprofundamento sobre cada uma delas.

Alimentação Ayurvédica

A Medicina Ayurveda, ou ciência da vida, é desenvolvida há mais de cinco mil anos na Índia, sendo o sistema médico conhecido mais antigo. Nesse modelo a dieta é considerada fundamental para uma vida saudável. Outras práticas como a *yoga*, os exercícios respiratórios e a prática espiritual formam um conjunto de ações que promovem a harmonia e saúde. Neste sistema o equilíbrio do corpo é vinculado a três tipos básicos de energia, denominados *doshas*: *Vata*, *Pitta*, *Kapha*. Os *doshas* referem-se às características constitucionais de cada indivíduo e na sua relação com o ambiente. O desequilíbrio destas energias, devido a excesso ou deficiência de um deles, pode levar o indivíduo a uma doença. A alimentação deve ser escolhida de acordo com a constituição individual. Aspectos dos alimentos, tais como “peso”, temperatura, sabor e outras características sensoriais também são considerados na elaboração das dietas. Temperos e plantas medicinais são parte essencial da alimentação ayurvédica (Lad, 2007).

Dietoterapia na Medicina Tradicional Chinesa

A MTC é conhecida mundialmente por suas diversas técnicas de prevenção, promoção e recuperação da saúde. A acupuntura, o uso de plantas medicinais, as práticas corporais como o *Tai Chi Chuan*, a moxabustão e as massagens estão entre as técnicas mais utilizadas. A filosofia taoísta é centrada no princípio de equilíbrio entre as energias *Yin* e *Yang*, e no conceito de *Qi*, entendido como a força vital manifesta em todos os seres vivos. Além destes princípios, a MTC é baseada no sistema dos cinco elementos a partir dos quais todos os fenômenos naturais são classificados. Na dietoterapia chinesa a classificação entre *Yin* e *Yang* distingue os alimentos de acordo com sua natureza, sendo divididos como frios, frescos, neutros, mornos ou quentes. Além deste aspecto, a classificação dos cinco elementos atua sobre os alimentos, sendo que cada elemento corresponde a um sabor específico que determinam as recomendações individuais, dependendo de seu estado de saúde e seu equilíbrio *Yin/Yang* (Coury; Silva; Azevedo, 2007).

Macrobiótica

A Macrobiótica foi fundada por Ishisuka no Japão, no final do século XIX, a partir da dieta tradicional japonesa. Osawa continuou com seus ensinamentos, trazendo para a Europa na década de 1930. Posteriormente, Michio Kushi desenvolveu nos Estados Unidos a alimentação macrobiótica padrão, mais utilizada atualmente. Este modelo alimentar também se baseia na teoria taoísta de equilíbrio de *Yin* e *Yang*, porém de uma forma bem distinta da MTC. De maneira geral são evitados alimentos crus, excesso de líquidos, leite e carnes e estimulados o uso de cereais integrais, verduras e chás (Azevedo, 2006).

Alimentação Antroposófica

Deriva-se da Medicina Antroposófica, cuja base é a Antroposofia, filosofia desenvolvida por Rudolf Steiner, na Alemanha no início do século XX. A medicina é pautada na visão tetramembrada do ser humano: corpo, vitalidade, alma e espírito. São utilizados medicamentos antroposóficos, homeopáticos e fitoterápicos, bem como outras terapias. Na dieta antroposófica, além da preocupação com a origem integral e biodinâmica dos alimentos, enfatiza-se a qualidade de vitalidade dos alimentos e a prática lactovegetariana, considerando a retirada da carne como uma escolha individual, normalmente envolvida com aspectos de desenvolvimento espiritual (Coury; Silva; Azevedo, 2007).

Fitoterapia/Plantas medicinais

O uso de plantas medicinais na atenção primária traz diversas contribuições, como a valorização da cultura popular; a geração de emprego e renda através da cadeia produtiva; baixo custo; fácil aplicação e baixo risco; promoção da racionalização do uso dos recursos na saúde; aceitabilidade pela população (Botsaris, 2008).

O resgate, a utilização e o estudo das plantas medicinais vêm ganhando terreno, tanto no âmbito do SUS, quanto da Nutrição. Parte desse reconhecimento veio da regulamentação da Fitoterapia, instituída pela Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Decreto nº 5.813/2006) e de ações definidas pelo Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, editado pela Portaria Interministerial 2.926 de 2008 (Brasil, 2009).

No âmbito da Nutrição, a Resolução 402/2007 do Conselho Federal de Nutrição (CFN) regulamenta a prescrição fitoterápica por este profissional, considerando o incentivo da OMS para o uso de plantas

medicinais nos serviços públicos, recomendação ratificada na II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. A Resolução permite ao nutricionista a prescrição de formas terapêuticas, exclusivamente de uso oral. Importante ressaltar que existem fitoterápicos de exclusiva prescrição médica (RDC nº 242/2008). Atualmente, diversos nutricionistas fazem uso da fitoterapia como coadjuvante no tratamento, entretanto, o CFN alerta para a necessidade de capacitação profissional na área para uma prescrição segura (CFN, 2008). Vale comentar que a ausência de menção ao referencial epistemológico na orientação de fitoterápicos e plantas medicinais, bem como a menção explícita do conhecimento científico como único critério para sua avaliação e legitimação nas discussões acadêmicas e textos normativos oficiais brasileiros denotam uma desqualificação das racionalidades terapêuticas distintas da biomédica, realçando o domínio atual da biociência na sociedade e na academia (na área da saúde) e o caráter complexo e pioneiro da abordagem que reconhece qualidade epistemológica em outras racionalidades médicas.

Vegetarianismo

A prática vegetariana, embora presente em muitas culturas tradicionais vêm ganhando adeptos em todos os países. Diversos são os motivos que levam à adoção desta corrente alimentar, dentre elas a religião/espiritualidade; os aspectos éticos relacionados à exploração animal; as preocupações com os impactos da produção de carne no meio ambiente; e a saúde (Slywitch, 2006). Existem diferentes tipos de dietas vegetarianas: i) Ovolactovegetariana: exclui o consumo de qualquer tipo de carne, mas inclui ovos, leite e derivados; ii) Lactovegetariana: exclui carnes e ovos, mas o consumo de leite e derivados é realizado; iii) Ovovegetariana: exclui carnes e leite e derivados, mas o consumo de ovos é realizado; iv) Vegana ou vegetariana estrita: não inclui o consumo de nenhum alimento de origem animal, inclusive mel; ressalta-se que o veganismo é contemporâneo, não se conhece relatos de sua prática em nenhuma cultura anterior.

Estudos na área demonstram que qualquer que seja o tipo de prática vegetariana, quando bem planejadas e equilibradas, podem trazer diferentes benefícios à saúde, especialmente quando relacionadas a um maior consumo de alimentos integrais, vegetais de origem ecológica e menor consumo de alimentos industrializados e refinados (Slywitch, 2006; Sabaté, 2005; Coury; Silva; Azevedo, 2007). O aumento de pesquisas na área tem trazido avanços no que diz respeito às

contribuições da dieta vegetariana para a saúde (Sabaté, 2005). Apesar destas evidências, o vegetarianismo ainda é considerado um tema polêmico na Nutrição, em especial por não ser abordado de forma atual nos cursos de graduação. Considerando o número crescente de adeptos à prática, torna-se interessante aprofundar estudos na área e verificar a visão de nutricionistas a respeito do tema.

Alimentação Viva

A alimentação viva é uma corrente alimentar cujo princípio básico é a vitalidade dos alimentos. Tal princípio se refere a energia vital presente em todos os seres (Terrapia, 2010). Sua difusão se dá na década de 1980 nos Estados Unidos, devido aos trabalhos de Ann Wigmore, cuja base vem dos estudos da dieta Hipocrática. Os praticantes da alimentação viva excluem da dieta alimentos considerados desvitalizados: produtos de origem animal, alimentos cozidos e industrializados, consumindo exclusivamente frutas e vegetais crus com ênfase para as sementes germinadas e brotos. No Brasil sua divulgação é realizada em especial pela Dra. Maria Luiza Nogueira Branco - Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ (Projeto Terrapia) e pela Professora Ana Maria Branco - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (Projeto Bio chip). Atualmente, considera-se que a alimentação viva constitui um movimento de consciência ecológica, e que o olhar para a vitalidade dos alimentos em oposição à visão estritamente bionutricional pode trazer interessantes contribuições para a Nutrição.

Aproveitamento Integral dos Alimentos

O aproveitamento integral dos alimentos é o uso de partes comestíveis dos alimentos (como cascas, talos e folhas), utilizando-os inteiramente. Alguns autores fazem uso do termo “alimentação alternativa” para a definição do uso de alimentos comumente não utilizados para enriquecer a dieta (Bittencourt, 1998; Santos *et al*, 2001). O incentivo ao aproveitamento integral acontece há muito tempo e, segundo o Programa Mesa Brasil (2003), contribui para diminuir os gastos com alimentação e melhorar a qualidade nutricional do cardápio, além de reduzir o desperdício de alimentos, e tornar possível a criação de novas receitas.

Apesar destas importantes considerações esse é um tema controverso na Nutrição (Santos *et al*, 2001). Em primeiro lugar, questiona-se o incentivo dessa prática em comunidades de baixa renda, o

que remeteria que esta seria uma ação a ser desenvolvida somente pelos pobres para tentar garantir a sua SAN. Outro aspecto de reflexão no aproveitamento integral se refere à preocupação com os resíduos de agrotóxicos presentes em especial nas cascas dos alimentos (Stoppelli; Magalhães, 2005). Santos *et al* (2001) consideram que as críticas ao aproveitamento integral dos alimentos remetem somente a dimensão técnico-científica e que aspectos sociopolíticos devem ser levados em consideração, em especial em torno da representação social do alimento.

Nutrição Funcional

A Nutrição Funcional vem sendo valorizada devido às intensas pesquisas de análises de alimentos. Os alimentos funcionais são aqueles que apresentam propriedades benéficas além das nutricionais básicas, sendo apresentados na forma de alimentos comuns. São conhecidos por sua capacidade de regular as funções corporais de forma a auxiliar na prevenção de doenças crônico degenerativas. Por sua vez, o nutracêutico é um alimento ou parte de um alimento que proporciona benefícios médicos e de saúde, incluindo a prevenção e/ou tratamento da doença. Tais produtos podem abranger desde os nutrientes isolados, suplementos dietéticos na forma de cápsulas, produtos herbais e alimentos processados (Anvisa, 1999).

Apesar de inicialmente considerada como integrante da NCI, a nutrição funcional foi relativizada, no sentido de que suas práticas remetem mais a uma postura biomédica, de intervenção suplementar, perante aos problemas nutricionais do que a uma visão ampliada e holística. Entretanto, esta visão de “comida-remédio” é muito presente nas culturas tradicionais, como a chinesa e a indiana, e que é necessário atentar para o fato de que ao se isolar uma determinada substância ativa de um alimento pode-se perder sua propriedade funcional (Coury, 2004). Isto demanda uma abordagem holística da Nutrição, não vinculada à medicalização do alimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante diálogo com a literatura, identificou-se que, entre as práticas inicialmente elencadas como parte da NCI, a nutrição funcional foi relacionada mais a procedimentos intervencionistas de suplementação alimentar do que a uma prática integrativa. Já o aproveitamento integral dos alimentos, quando incentivado de forma crítica, é considerado uma iniciativa de promoção da alimentação

saudável, não necessariamente vinculado às PIC. Dessa forma, inserem-se como integrantes da NCI: a dietoterapia chinesa, a macrobiótica, a alimentação ayurvédica e antroposófica, a fitoterapia/plantas medicinais, o vegetarianismo e a alimentação viva. Destas, a dietoterapia chinesa e a macrobiótica, a alimentação ayurvédica e a antroposófica possuem uma racionalidade médica própria que as embasam conceitualmente, e que pode ser considerada como fonte de referência para o campo da Nutrição e da sua atividade profissional.

As demais (fitoterapia/plantas medicinais, vegetarianismo e a alimentação viva) podem ser consideradas, assim como o consumo de alimentos ecológicos, como práticas que revelam uma atitude individual e uma postura social, ambiental e política, e que se inserem em algumas das racionalidades mencionadas. Elas perpassam transversalmente, mas não de forma homogênea, a proposta das demais integrantes da NCI.

Ressalta-se que a normatividade da ação profissional do nutricionista e do especialista da área da saúde em geral é inescapável, mesmo dentro de outras racionalidades nutricionais ou médicas. Isso não impede de reconhecer que o autoritarismo é, sem dúvida, uma característica do modelo biomédico, e merece ser combatido e criticado onde quer que seja encontrado.

A presença e valorização de outras racionalidades na Nutrição e suas características culturais podem relativizar a visão dominante e contribuir para a contextualização do cuidado e das orientações, ao ampliar o leque de referências. Essa ampliação tende a aproximar-se de contextos culturais e encontrar uma relação mais dialogal com os sujeitos, na medida em que suas práticas pedagógicas contribuem para a promoção da saúde individual e grupal vinculada ao empoderamento comunitário (Tesser, 2009). Além disso, algumas dessas racionalidades exercem sua normatividade baseados em uma legitimidade relacionada a uma sabedoria de vida com características que envolvem componentes desejáveis de se trazer para o cenário profissional da área de saúde, como compaixão, diálogo e respeito às individualidades e ao conhecimento esotérico de outras racionalidades, não apreendido pela razão científica moderna.

Sendo assim, é legítima a luta pela inserção de outras racionalidades na Nutrição e necessário seu estudo, buscando trazer suas características e valorizar sua forma de normatividade, mais suave, já que não detém tanto poder e capital simbólico na área da saúde. Além disso, seu reconhecimento ajuda a reconhecer outras lógicas e necessidades dos usuários, fortalecendo a proposta de uma abordagem

ampliada.

Também o fato de as PIC estarem relacionadas a uma noção positiva de saúde e serem reconhecidas como mais holísticas e humanizadas, ajuda a trazer esses elementos para o debate no exercício profissional, nas diferentes formações da área da saúde. Diante desse quadro, considera-se que essa discussão traz contribuições para a identidade do nutricionista em Saúde Coletiva, articulado às políticas de SAN e de promoção da saúde. Tal debate implica na necessidade da ampliação do reconhecimento das PIC dentro e fora da Saúde Coletiva, com novos estudos e inserida na perspectiva dos sujeitos sociais que anseiam por um cuidado plural, integral e coerente com a proposta de sustentabilidade socioambiental.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, E. Reflexões sobre riscos e o papel da ciência na construção do conceito de alimentação saudável. **Rev. Nutrição**, v. 21, n.6, p.717-723, nov.-dez. 2008.

_____. **Alimentos orgânicos**: ampliando os conceitos de saúde humana, ambiental e social. 2.ed. Tubarão: Unisul, 2006.

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e sociedade**, v. 11, n.1 p. 67-84, 2002.

BARROS, N.F.; SIEGEL, P.; SIMONI, C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n.12, p. 3066-3069, dez. 2007.

BEARDSWORTH, A.; KEIL, T. **Sociology on the menu**. London: Routledge; 1997.

BITTENCOURT, S.A. Uma alternativa para a política nutricional brasileira? **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.3, p.629-636, jul./set. 1998.

BODEKER, G.; KRONENBERG, F. A public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine. **American Journal of Public Health**. v. 92, n. 10, p. 1582-1591, Out. 2002.

BOSI, M.L.M. A Nutrição na concepção científica moderna: em busca de um novo paradigma. **Rev. Nutrição**, v.7, n.1, p.32-47, jan./jun. 1994.

BOTSARIS, A. Brasil – Plantas Medicinais e Fitoterápicos – Um olhar sobre a atenção à saúde. **Rev. Bras. de Saúde da Família**. Ano IX, Brasília, Ministério da Saúde, p.170-174, maio 2008.

BRASIL. Decreto n. 242. **Determina a publicação da "LISTA DE MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS DE REGISTRO SIMPLIFICADO"**. Diário Oficial da União, Brasília, 12 dez.2008,p.56.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário Temático de Alimentação e Nutrição**. Série A – Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2007a.

BRASIL. Decreto Nº 6.323, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre a agricultura orgânicas e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 dez.2007b. Seção 1.p.2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 971 - **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**. DOU, seção 1, 04/05/2006a.

BUSS, P.M. Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D. (Org). **Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D. FREITAS, C. M. (Org). **Promoção da Saúde - conceitos, reflexões, tendências**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p.55-77.

CFN - CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Resolução 402/2007. **Regulamenta a prescrição fitoterápica pelo nutricionista de plantas in natura frescas, ou como droga vegetal, nas suas diferentes formas farmacêuticas, e dá outras providências**. DOU, seção 1, 06/08/2007.

CFN - CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. CFN discute as terapias complementares em Nutrição. **Revista do CFN**, Brasília, n. 10, ano III, p.6, 2003

COSTA, N.M.C. da. Revisitando os estudos e eventos sobre a formação do nutricionista no Brasil. **Rev. Nutrição**, v.12, n.1, p.5-19, jan./abr. 1999.

COURY, S.T.; SILVA, D.L.; AZEVEDO, E. Dietoterapia Chinesa, Vegetarianismo e Nutrição Antroposófica. In: MURA, J. D. P.; CHEMIN, S. M. S. S. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia**. Roca: São Paulo, 2007.

COURY, S.T. **Nutrição Vital**. Brasília: L.G.E., 2004.

DA ROS, M.A. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, M.; OLIVEIRA, A.P.; ESTEVÃO, A. (Org.). **A saúde em debate na Educação Física**. v. 1. Blumenau: Edibes, 2003. 191 p.

FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e Promoção da Saúde: Perspectivas atuais. **Cad. Saúde Pública**, v. 7, n. 23, p. 1674-1681, jul. 2007.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FREITAS, M.C.S., *et al.* Uma leitura humanista da nutrição. In: FREITAS, M.C.S.; FONTES, G.A.V.; OLIVEIRA, N. (Org). **Escritas e Narrativas sobre alimentação e cultura**. Salvador: EDUFBA, 2008.

FREITAS, M.C.S. Educação nutricional: Aspectos sócio culturais. **Rev. Nutrição**. v. 10, n.1, p. 45-49, jan./jun. 1997.

GARCIA, R.W.D. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. **Cad. de Saúde Pública**, v.13, n. 3, p.455-467, jul./set. 1997.

ILLICH, I. **Nêmesis da medicina**: a expropriação da saúde. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO VIDA UNA. Disponível em:
www.institutovidauna.com.br. Acesso em: 20 de fev 2009.

JÚNIOR, J.F.L. *et al.* Situando a fitoterapia frente às racionalidade médicas ocidentais contemporâneas. **Saúde em Revista**. v.7, n.16, p.49-53, 2005.

KALLUF, L.J.H. A realidade da fitoterapia na prática do nutricionista. CRN-3 Notícias, São Paulo e Mato Grosso do Sul, p. 36-37 out/dez, 2007. Disponível em:
http://www.crn3.org.br/atualidades/revistas/arquivos/edicao_088_artigo.pdf. Acesso em: 13 de jun. 2010.

LAD, V. **Ayurveda**: A Ciência da autocura, um guia prático. 2.ed. São Paulo: Ground, 2007.

LECOURT, D. Normas. In: CAPONI, S.; RUSSO, M. **Estudos de Filosofia e História das Ciências Biomédicas**. Florianópolis: Discurso Editorial, 2006, p.293-303.

LUZ, M.T. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos. In: **IV CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS e HUMANAS em SAÚDE/ ABRASCO; VIII CONGRESSO DA ALAMES; XI CONGRESSO DA IAHP**. Salvador, 13-18 julho de 2007a.

LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva** – Estudo sobre Racionalidades médicas e atividades corporais. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007b.

MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n.1, p. 185-208, 2003.

NCCAM (USA). **What is Complementary and Alternative Medicine**. Disponível em: <<http://nccam.nih.gov/health/whatiscom/#1>>. Acesso em: 10 jun. de 2008.

NESTLE, M. **Food politics**. Berkley (LA): University Of California; 2002.

OLIVEIRA, J.A.N. *et al.* Percepção dos obesos sobre o discurso do nutricionista – estudo de caso. In: FREITAS, M.C.S.; FONTES, G.A.V.; OLIVEIRA, N. (Org). **Escritas e Narrativas sobre alimentação e cultura**. Salvador: EDUFBA, 2008.

PROJETO TERRAPIA. Disponível em:

<http://www4.ensp.fiocruz.br/terapia/>.

PROJETO BIOCHIP. Disponível em: [www.users.rdc.puc-](http://www.users.rdc.puc-rio.br/anabranc)

[rio.br/anabranc](http://www.users.rdc.puc-rio.br/anabranc).

SABATÉ, J. **Nutrición Vegetariana**. 3. ed. Madrid, Espanha: Editorial Safeliz, p. 183-181, 2005.

SANTOS, L.A.S. *et al.* Uso e percepções da alimentação alternativa no estado da Bahia: um estudo preliminar. **Rev. Nutrição**. n. 14 (suplemento), p.35-40, 2001.

SLYWITCH, E. **Alimentação sem carne** – Guia prático. São Paulo: Palavra Impressa, 2006.

TEIXEIRA, R.C.M.A. *et al.* Estado nutricional e estilo de vida em vegetarianos e onívoros – Grande Vitória – ES. **Rev. Bras. de Epidemiologia**. v. 9, n.1, p. 131-143, 2006.

TESSER, C.D. (org.) **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n.8, p.1732-1742, 2009.

_____. Medicalização social: limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v.10, n.20, p.347-62. jul-dez, 2006.

ARTIGO 2**VISÃO DE NUTRICIONISTAS ACERCA DAS PRÁTICAS
INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES****NUTRICIONISTA E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS**

Nutritionist and the complementary and alternative medicine

Thaís Santos Navolar

Mestranda em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Santa Catarina.
Campus Universitário, Trindade, Florianópolis-SC, CEP 88040-970.

Charles Dalcanale Tesser

Professor do Departamento de Saúde Coletiva – Universidade Federal de
Santa Catarina Campus Universitário, Trindade, Florianópolis-SC, CEP
88040-970.

Elaine de Azevedo

Pós-doutoranda no Departamento de Prática em Saúde Pública,
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Av. Dr.
Arnaldo, 715, São Paulo-SP, CEP 01246-904.

RESUMO

A Nutrição está inserida no paradigma biologicista da saúde, que vem orientando intervenções de caráter predominantemente restritivo, alinhada a uma visão dominante dessa prática profissional. Disso surge a necessidade de fortalecer uma visão holística e ampliada da Nutrição. Doutra parte, é crescente a procura social por práticas integrativas e complementares. O objetivo deste trabalho foi analisar a visão das nutricionistas que atuam na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC a respeito do uso e recomendação de práticas integrativas e complementares. Utilizaram-se entrevistas em profundidade com as oito nutricionistas existentes, tratadas por análise de conteúdo, conforme Bardin. Foram discutidos aspectos da prática profissional e seu papel na Saúde Coletiva, como: promoção da saúde, formação profissional, relevância e aplicação das práticas integrativas, segurança alimentar e nutricional, entre outros. Resultaram da análise duas categorias: i) Simpatizantes Reticentes - não recomendam práticas integrativas e complementares, mas têm simpatia para tal; ii) Simpatizantes Atuantes - recomendam fitoterápicos e encaminham para acupuntura e homeopatia, com avaliação de bons resultados para problemas frequentes como obesidade/ansiedade, e com boa receptividade do usuário. Por fim, as práticas integrativas em Nutrição podem trazer relevantes contribuições para a atuação profissional em Saúde Coletiva, inclusive no sentido de relativizar o paradigma nutricional hegemônico.

Palavras chave: Nutricionista; Medicina Integrativa; Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Nutrition is inserted into the health biologist paradigm, which is predominantly guiding a restrictive intervention, aligned to a dominant view of this professional practice. From this arises the necessity to strengthen a holistic and expanded view of Nutrition. From another view, the social demand for Complementary and Alternative Medicines (CAM) and other medical rationalities is growing. The aim of this study was to examine the view of dietitians that work in primary health care in Florianopolis regarding the use and recommendation of CAM in their professional practice. The methodology used was the in-depth interview held with eight nutritionists in 2009. The interviews were transcribed and processed by content analysis according to Bardin. Aspects of professional practice and its role in public health were discussed, as: health promotion, professional formation, relevance and application of the CAM in Nutrition, nutritional and food security, and others. From the analysis resulted two categories involving different views on the CAM: i) reluctant supporters – they do not recommended CAM, but have sympathy for them, ii) Acting Supporters - recommend herbal medicines and refer to acupuncture and homeopathy, with good results for frequent problems as obesity/anxiety, together with the user good receptivity. Finally, the integrative practices in Nutrition can bring relevant contribution to professional practice in public health, including the sense of relativizing the hegemonic nutritional paradigm.

Keywords: Nutritionist; Complementary and Alternative Medicine; Primary Health Care

INTRODUÇÃO

A prática dos profissionais de saúde mantém-se hegemonicamente conforme o modelo curativo e preventivo, reforçando traços de medicalização nos serviços de saúde, contexto esse chamado de crise da saúde⁽¹⁾. Conforme Tesser & Luz⁽²⁾, o paradigma biomecânico ou positivismo mecanicista permanece forte na maior parte das pesquisas e nas práticas de atenção profissional à saúde, o que reforça as dificuldades de significação dos adoecimentos e tratamentos. Por outro lado, as práticas alimentares sofrem as consequências do paradigma biologicista. Entre tais repercussões, é possível perceber a extensão da visão reducionista e intervencionista com base na relação causa/efeito; a padronização de dietas com base no enfoque calórico-quantitativo da Nutrição; a desconsideração dos aspectos sócios culturais que permeiam a relação ser humano/alimento; e as controvérsias científicas de pesquisas da área⁽³⁾.

No âmbito da saúde, o paradigma biologicista tem levado a profundas reflexões sobre os modelos de saúde, em busca de uma atenção integral e humanizada. No Brasil, esse movimento culminou na Reforma Sanitária, na década de 1980, e no cenário internacional ao ideário da Atenção Primária à Saúde (APS), como estratégias necessárias de organização de sistemas nacionais de saúde públicos e universais - para otimização do acesso/efetividade do cuidado biomédico à saúde e redução dos riscos/danos desse cuidado⁽⁴⁾. Outra estratégia é o ideário da Promoção da Saúde⁽⁵⁾, desenvolvida a partir de documentos como o Relatório Lalonde (1974) e a Carta de Ottawa (1986).

Ainda como reação ao modelo biomédico é observado o crescimento das chamadas medicinas alternativas⁽⁶⁾ ou Práticas Integrativas e Complementares (PIC). Inclui-se nesse conceito a importação de sistemas tradicionais como as Medicinas Chinesa e Ayurvédica e a revalorização de medicinas populares, as quais tiveram grande evidência nos países da América-Latina na década de 1980⁽¹⁾. No Brasil foi editada, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a qual abrange a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, a Medicina Antroposófica, a Fitoterapia, a Homeopatia e a Crenoterapia/Termalismo no Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁷⁾.

A categoria Racionalidade Médica desenvolvida por Luz⁽⁸⁾ foi construída permitindo o estudo de outras racionalidades (Medicinas Chinesa e Ayurvédica e Homeopatia), que não somente a biomédica, a partir de dimensões que permeiam a todas, de forma distinta:

Cosmologia, Doutrina Médica, Morfologia, Fisiologia, Sistema de Diagnóstico e Sistema Terapêutico. No âmbito da Nutrição, essa categoria ou alguma análoga ainda não foi construída e há que se avançar para um amadurecimento do que seriam e o que significariam a existência e prática social de outras racionalidades nutricionais, diversas da Nutrição de orientação biomédica. Por outro lado, as iniciativas de promoção da Segurança Alimentar e Nutricional^(9;10) (SAN), apesar de não desenvolverem este tema especificamente, representam uma estratégia de diálogo entre as políticas de alimentação e nutrição dentro da área da saúde com o enfoque da promoção da saúde e incorporam um novo conceito de alimento, a partir da perspectiva socioambiental e cultural.

Neste contexto, se destaca uma reflexão a respeito da prática do nutricionista na atenção básica, entendendo o papel deste profissional enquanto agente promotor de hábitos alimentares saudáveis, articulando saberes e valorizando as culturas locais. Para que isso aconteça, é necessária a relativização de uma formação biomédica e a inclusão do que chamamos neste trabalho de uma visão ampliada da Nutrição⁽¹¹⁾ e da saúde.

É importante ressaltar que algumas iniciativas vêm sendo delineadas a fim de aproximar a atuação do nutricionista com a abordagem complementar e integral, tal como a Resolução 402/2007⁽¹²⁾, do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). Essa resolução regulamenta a prescrição fitoterápica por este profissional, considerando o incentivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) no uso de plantas medicinais nos serviços públicos, recomendação ratificada na II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

Diante de tais questões, parece relevante compreender o debate da categoria em relação às práticas integrativas, para o qual esse estudo pretende trazer contribuições. O objetivo desta pesquisa foi analisar a visão de nutricionistas que atuam na rede de atenção básica de saúde do município de Florianópolis/SC, a respeito do uso e recomendação de PIC.

Florianópolis ainda não dispõe de um projeto institucional para as PIC, fato identificado por GURGEL *et al*⁽¹³⁾, os quais levantaram que a rede de saúde possui um quadro de profissionais atuantes na área, mesmo de forma diluída. A pesquisa identificou predominância da oferta de homeopatia e acupuntura, mas outras práticas também são disponibilizadas: antroposofia, auriculoterapia, hipnose, massoterapia, geoterapia, quiroprática, biodança, medicina ayurvédica, fitoterapia, relaxamento, terapia comunitária, medicina tradicional chinesa e yoga.

A respeito da atuação dos nutricionistas em Florianópolis, estudo realizado em 1991, verificou que somente 10,9% dos nutricionistas da pesquisa atuavam em Saúde Coletiva, percentual muito inferior ao das demais áreas de atuação (clínica e produção de refeições). O autor avaliou ainda que a atuação de tais profissionais, no período da pesquisa, estaria relacionada ao modelo clínico individualizado e curativo⁽¹⁴⁾. Da década de 1990 até os dias de hoje, alguns avanços poderiam ser citados na formação profissional. Vale citar as novas diretrizes curriculares estabelecidas para reorientação da formação dos profissionais da saúde, voltados para uma atuação na Saúde Coletiva. Pádua e Boog (2006) consideram que, se as novas diretrizes curriculares apontam para a formação de nutricionistas voltada para a atuação no SUS, se esperaria que tais profissionais estivessem inseridos no sistema⁽¹⁵⁾.

PERCURSO METODOLÓGICO

Os sujeitos da pesquisa são nutricionistas que atuavam na rede de atenção primária à saúde do município de Florianópolis/SC no período de realização da mesma. O estudo teve caráter exploratório, já que realizou descrição e análise de concepções e práticas profissionais. O tema investigado é considerado suficientemente inovador e marginal nas atuais práticas profissionais, para as quais, as entrevistas em profundidade foram consideradas mais adequadas para exploração do relacionamento dos profissionais com o mesmo. Duarte⁽¹⁶⁾ considera que por ter origem em uma matriz, as entrevistas em profundidade permitem a criação de uma estrutura que facilita a sistematização dos resultados, na medida em que possibilita a articulação e comparação das respostas. Para tanto, a entrevista teve como base um roteiro semi-estruturado com questões a respeito do conhecimento, uso e recomendação das PIC. Todos os nutricionistas vinculados à Secretaria de Saúde do município de Florianópolis aceitaram o convite para participar da pesquisa, totalizando oito entrevistados. As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, no período de setembro a outubro de 2009, e tiveram duração média de 45 minutos, sendo gravadas e posteriormente transcritas. A análise de conteúdo descrita por Bardin⁽¹⁷⁾ constitui a metodologia que apoiou a pesquisa. Os requisitos éticos exigidos pela Resolução 196/96 foram seguidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos sujeitos da pesquisa será brevemente descrito a

seguir: todas as nutricionistas são do sexo feminino, com média de idade de 30 anos. O tempo decorrido desde a formação variou de 1 ano e meio a 25 anos, sendo que 7 entrevistadas fizeram a graduação em Instituição Pública e 1 em Instituição Privada. Em relação ao vínculo institucional, todas as nutricionistas ingressaram por meio de concurso, sendo que o tempo de exercício no cargo variou de 1 mês a 23 anos. A formação complementar em nível de pós-graduação mostrou-se variada, o que pode ser visualizado na Tabela 1.

Tabela 1: Formação complementar das nutricionistas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC em nível de pós-graduação, 2009.

Competência	Área	Número de Profissionais**
Especialização	Residência em Clínica	1
Especialização	Docência em saúde	1
Especialização*	Administração de empresas	1
Especialização	Residência em Saúde da Família	2
Especialização	Saúde da Família	3
Mestrado	Nutrição clínica	1
Mestrado	Saúde Pública	1
Mestrado*	Saúde Pública	1

*Em andamento no período.

** O número de profissionais diz respeito a quantos profissionais realizaram determinada pós-graduação, sendo que alguns têm mais de uma titulação.

Outros tipos de formação complementar, vinculados às PIC, foram citados por algumas das entrevistadas, sendo que uma possui atualização em Medicina Tradicional Chinesa e Fitoterapia, outra em Fitoterapia e Nutrição Funcional, e outra possui conhecimento em Fitoterapia/Plantas Medicinais, adquirido por meio de atuação junto aos movimentos populares, conforme ilustrado na Tabela 2:

Tabela 2: Formação complementar em PIC das nutricionistas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC, 2009.

Tipo de formação	Área	Nº de profissionais
Atualização	Medicina tradicional chinesa e fitoterapia	1
Atualização	Fitoterapia e nutrição funcional	1
Atuação junto a movimentos populares	Fitoterapia/plantas medicinais	1

A análise das transcrições resultou no entendimento de que existem diferentes visões a respeito das PIC e que isto repercute numa postura profissional a respeito do tema. Foram construídas duas categorias amplas por meio das quais foi possível discriminar duas visões: *Simpatizantes Reticentes* e *Simpatizantes Atuantes*. Esta categorização não pretende fazer algum tipo de discriminação ou valorização de determinada postura profissional, mas sim classificar as declarações das nutricionistas entrevistadas de acordo com suas opiniões. Todas as entrevistadas foram consideradas simpatizantes ao tema das PIC, devido à análise de seus depoimentos não apresentarem opiniões contrárias ao uso e recomendação das PIC e ainda, demonstrarem interesse em ampliar conhecimentos no assunto. Tal aspecto é considerado surpreendente por esta questão não ser abordada na graduação e o escasso debate na categoria.

A categoria *Simpatizantes Reticentes* é formada por profissionais que se interessam pelas PIC, chegando a ser simpatizantes ao tema no que diz respeito ao uso e recomendação na Nutrição. No entanto essa visão não tem reflexo na sua rotina profissional, já que não chegam a recomendar alguma prática, nem a realizar encaminhamento para profissional habilitado. É observada também certa insegurança no uso de determinadas terapias. O depoimento abaixo demonstra estas questões:

Todas as práticas orientais...na Índia...e de como era vista a saúde, pra quem já tem seu próprio conceito e que vai gerar a sua prática...e por este *choque* que existe numa civilização em que os conceitos de saúde são diferentes da prática e por

isto que as pessoas acabam somando e largando a forma como foram criados, enquanto como vão cuidar da sua saúde...eles não deixam a coisa clínica, tradicional nossa e acabam usando outras práticas, fazem uma mistura. Como fazem na religião, fazem na saúde... [risos] aí existe essa prática da população e tu quando tá atendendo tu acaba sendo exigido a ter uma posição de um lado ou outro, só que nem sempre tu consegue mudar o curso, e deixar o tradicional [biomédico]...a não ser que seja *seguidor autêntico*...[grifos nossos] (ESR2).

A categoria *simpatizantes atuantes* engloba os profissionais que, de diferentes formas, vinculam as PIC a um olhar ampliado de saúde e as recomendam ou encaminham seus pacientes para profissionais com formação na área (acupunturistas, homeopatas, entre outros), conforme observado:

Na prática e até comigo, no meu processo de saúde-doença, eu vejo que dá mais resultado, por exemplo, eu tava com um problema no joelho, tentei diversas formas, fiz *diversos* exames, *milhares* de coisas, nada melhorou...fui fazer acupuntura e *melhorou*...então na maioria das unidades que eu trabalho tem acupuntura e homeopatia. Por exemplo, eu to trabalhando com um grupo de pessoas que querem emagrecer, trabalhar junto com a homeopatia a questão da ansiedade, dá um resultado *muito* grande. E não tem os efeitos colaterais que a medicação alopática tem. Então, nesse sentido, por ser uma prática mais natural, com uma interação do corpo com a natureza e até a questão da acupuntura que é uma outra leitura do corpo, pelos meridianos...enfim, e a gente vê que tem resultado *sim*, então parece muito mais saudável e com um resultado muito melhor. E aí tem toda a história, da medicina tradicional [biomédica]...é baseada em exames, a indústria farmacêutica...aí vem tudo isso que influencia e que faz com que seja o modelo vigente de hoje (ESA4).

De forma a preservar a identidade das nutricionistas, as seguintes siglas foram utilizadas: ESA1, ESA2, ESA3, ESA4 e ESA5 para os Entrevistados Simpatizantes Atuentes; ESR1, ESR2 e ESR3 para os Entrevistados Simpatizantes Reticentes. Mediante esta categorização dos profissionais, tornou-se possível analisar os aspectos abordados nas entrevistas, e que constituem os seguintes eixos de discussão: entendimento sobre as PIC e conhecimento da PNPIC; formação do nutricionista; relevância das PIC para o nutricionista; aplicação das PIC em nutrição na APS; relação com Promoção da Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional.

ENTENDIMENTO SOBRE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

As *atuentes* demonstram interesse pelas PIC e de alguma forma fazem uso das mesmas, seja para uso pessoal ou na sua prática profissional: prescrição de fitoterápicos, uso da reflexologia, e ainda encaminhamento para acupunturistas, homeopatas ou massoterapeutas. Elas trazem alguns elementos dignos de serem debatidos. Primeiro, questionam ou ao menos não valorizam tão somente o saber biomédico, referido como alopático/científico/tradicional. Vale esclarecer que o termo “tradicional”, que na nomenclatura acadêmica remete a algo de saber milenar e ou da cultura popular (como a medicina tradicional chinesa e a medicina ayurvédica ou a culinária típica de um povo), nesta pesquisa é utilizado pelas entrevistadas referindo-se ao saber convencional/biomédico/acadêmico hegemônico. Em segundo lugar, discutem o resgate e valorização do saber popular envolvido, por vezes, no uso das PIC e ao mesmo tempo consideram esse uso como uma forma de enfrentamento de uma “realidade não ideal” no campo da saúde. Terceiro, associam essas práticas com uma visão ampliada, holística do indivíduo e seu processo saúde-doença. Assim, referem uma visão positiva de tais práticas:

Envolve o saber popular... as vezes não é comprovado cientificamente, e nem sei se há interesse em comprovar, mas a gente tem anos de experiência dessas pessoas... da avó que passou pros filhos, netos... e eu acho que isso é muito válido! Então tudo que a gente fizer pra valorizar o saber deles... e aí claro tem que ver o que a gente realmente pode... e aí tem estudos em cima disso, não sei exatamente até que ponto eu posso indicar

[...]. É diferente do tradicional [biomédico], porque vê o ser como um todo, de forma integral, trabalha também os sentimentos, a percepção do mundo, das coisas... é uma forma de enfrentar a realidade de hoje, que a gente não concorda muito [risos]. Da forma como a sociedade se estrutura e tal... eu acho um movimento inverso, fortalece a pessoa, dá um direcionamento. (ESA1).

As *reticentes* demonstram uma simpatia ao tema, embora não façam uso na sua prática profissional. Desta forma, o entendimento a respeito das PIC é mais superficial, não envolvendo uma crítica ao modelo biomédico/alopata como apareceu nas demais. Surge a questão da complementariedade das PIC como algo importante e que não poderia ser deixado de lado:

Nos últimos anos houve um grande desenvolvimento e maior adesão das pessoas, que acabam usando as duas práticas, do que eu percebo é isso, as pessoas buscam, seja nessas medicinas alternativas, acupuntura... tudo o que existe de acesso a eles, mas não deixando a medicina tradicional, acaba usando as duas coisas. Eu não vejo em si, ainda, uma prática tão consolidada no município, daquilo que eu conheço (ESR2).

Em relação ao conhecimento a respeito da PNPIC, todas as nutricionistas parecem não ter um aprofundamento:

Até conheço... a portaria das práticas integrativas, mas bem superficial, assim. Não tenho nenhum aprofundamento [...] Eu acho importante porque fortalece as práticas integrativas no país (ESA3).

O conhecimento da PNPIC é superficial, o que revela inclusive, que não há uma divulgação ou suporte pela SMS nesse sentido: “*Só ouvi falar... mas sei que tem essa intenção de disponibilizar estas práticas para as pessoas no SUS, mas não tenho conhecimento... se tem fitoterapia disponível se a gente recomendar... acredito que não...*” (ESR1).

Em estudo realizado com profissionais da área de saúde pública do município de Juiz de Fora/MG no ano de 2007, foi encontrado que

50% dos entrevistados desconheciam a possibilidade de utilização das PIC no SUS. Os autores de tal pesquisa consideram que independentemente do uso profissional das PIC, seria esperado que esse conhecimento fosse maior num grupo de profissionais da atenção básica⁽¹⁸⁾.

RELAÇÃO ENTRE AS PIC E A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA

De onde vem este conhecimento individual sobre as PIC? Que relação há entre esse conhecimento e a formação profissional? Houve diferenças e semelhanças entre as atuantes e as reticentes. Todas foram unânimes em referir a ausência de informação sobre as PIC, em geral ou quanto à nutrição, na graduação:

Não, na graduação praticamente nada, e como na formação complementar foi mais voltada pra área hospitalar não tive muito conhecimento vindo das instituições pelas quais eu passei (ESA1).

Da mesma forma, o supra citado estudo realizado em Juiz de Fora/MG apurou que 82,15% destes não cursaram disciplinas com abordagem das PIC durante a graduação⁽¹⁸⁾.

As *atuantes* referiram que este conteúdo deveria ser abordado na graduação:

Sim, principalmente para a saúde pública, para o SUS. Porque a universidade tem esse papel, de formar para o SUS, então quanto mais a gente se envolver nisso, ter acesso a isso na graduação, é bem interessante (ESA1).

As *reticentes* não aprofundaram este tema durante a entrevista. Nenhuma delas possui alguma formação posterior em nível de atualização ou especialização voltada para as PIC. Porém, duas das três nutricionistas referiram interesse em ampliar seu conhecimento na área, uma em fitoterapia/nutrição funcional e outra em dietoterapia chinesa:

Eu gostaria, se eu pudesse, de fazer uma especialização mesmo. Não só de fitoterapia, mas de alimentos funcionais que eu acho bem interessante também (ESA1).

Eu até já vi cursos na medicina chinesa, na parte da nutrição...bem interessante [...] Mas por questões pessoais, familiares e filhos eu não pude fazer... (ESA2).

Diante do exposto, observa-se que o tema das PIC não é abordado na graduação em Nutrição. Coury, Silva e Azevedo refletem para a formação predominantemente biomédica na Nutrição, levando a não compreensão da visão integral do ser humano⁽¹⁹⁾. A análise dos cursos de graduação na área da Nutrição não é objeto deste estudo, mas é necessário reconhecer que para uma ampliação dos horizontes da prática profissional é essencial que a PNPIC esteja aliada a um conjunto de mudanças na atuação dos profissionais de saúde e, principalmente, nos cursos de graduação da área. Outra pesquisa realizada em Florianópolis com médicos e enfermeiros vinculados à ESF no ano de 2008, identificou que 60% dos profissionais teriam interesse por PIC, 89% tinham conhecimento a respeito da PNPIC e ainda todos deram parecer favorável para a inclusão de tais conteúdos nos cursos de graduação⁽²⁰⁾.

RELEVÂNCIA DAS PIC PARA O NUTRICIONISTA

As atuantes levantaram elementos que incluem a crítica da formação dominante, e alguns depoimentos demonstram dar certo valor a uma forma diferente de atuação, no sentido de rever o paradigma nutricional na direção de uma ampliação da visão e uma abertura para a complexidade do processo saúde-doença-atenção. Nesse sentido, há uma valorização positiva da contribuição das PIC por esse grupo, inclusive como dispositivo para ampliar a atenção primária:

Acho que quando consegue ampliar o conceito de saúde tu consegue ver que as práticas integrativas tem lugar na atenção primária, na média complexidade, no hospital... Tem lugar no sistema de saúde como um todo... só entender o complexo processo saúde doença e respeitar as diferentes formas de lidar com ele. Eu acho que é isso (ESA3).

A experiência individual de uso de alguma PIC foi identificada como algo que influencia a abertura para recomendação de outras práticas na atenção primária e na atuação do nutricionista, a partir de

uma visão positiva de efetividade e eficácia empíricas.

Essas profissionais elencam contribuições que “um olhar ampliado para as PIC” poderia trazer para o nutricionista. Os cuidados tradicionais remetem ao contato com as plantas e a terra, às tecnologias independentes do aparato médico-industrial, e a convivência com visões distintas:

Tem bastante contribuição... esses cuidados tradicionais... com plantas... com a terra... [...]. Então se a gente puder utilizar de forma mais direcionada para a nutrição é bem interessante. E o próprio contato... uma auto massagem, de mostrar pra pessoa onde é o ponto que ajuda diminuir a pressão... isso tudo já pode, já melhora a situação de saúde das pessoas. E também eu acho que se tu tem uma visão diferente... *de pensar a nutrição de forma diferente* é muito importante e é uma contribuição destas práticas. Por exemplo, na universidade a gente aprende que o café da manhã é a principal refeição do dia, aí tem outros livros que dizem que não, que de manhã você está eliminando toxinas, então como é que tu vai comer muito de manhã? E à medida que tu concebe isso como uma possibilidade tu pode interagir com as pessoas que *não* tomam café da manhã de uma outra forma, que não a prescritiva: “Não, agora você *tem* que tomar o café da manhã”. É um exemplo... então eu acho que tem bastante coisa sim pra contribuir (ESA2).

Assim, as PIC parecem trazer contribuições no sentido de repensar a atuação profissional. As questões de valorização do saber tradicional, com o questionamento do saber acadêmico hegemônico, contribuem para a construção de um olhar crítico a uma postura autoritária prescritiva, comum na atuação da nutrição e de outros profissionais da saúde⁽²¹⁾. Vale ressaltar que está havendo um reconhecimento dos méritos das PIC, em especial no que se refere ao processo saúde-doença e na construção de relações solidárias entre profissional e usuário, considerado por Tesser (2009): “maior satisfação com a abordagem filosófica, cosmológica e de significação (holística) dos adoecimentos proporcionada no campo das MAC, denotando certa convergência entre os valores e crenças dos usuários”⁽²²⁾.

Por outro lado, uma das entrevistadas, considerada *atuante* por utilizar fitoterápicos no ambulatório, possui opiniões mais vinculadas ao pensamento biomédico do que à uma postura crítica, não movida pela visão dominante da Nutrição:

Eu acredito que sim, porque estas terapias provocam a melhora de doenças, questões psicológicas, de ansiedade, relaxam... e com isso conseguem *aceitar melhor as modificações alimentares, conseguem seguir melhor o tratamento dietoterápico porque está mais propício para aquilo*. [...] Têm muitos fitoterápicos que ajudam no tratamento de várias doenças, o que é comprovado cientificamente, e eu acho que deve ser usado, até incentivo a utilização, mas tudo sempre aliado ao tratamento médico também [grifos nossos] (ESA5).

Determinadas posturas profissionais acabam por se revelar controladoras, observada na reflexão de Carvalho e Gastaldo (2008):

Estratégias, aparentemente inocentes e naturais, como a intervenção sobre a dieta dos indivíduos objetivando a prevenção e (ou) a redução da obesidade, podem contribuir para a saúde das pessoas e, paradoxalmente, constituir práticas de controle sobre os indivíduos e coletivos⁽²¹⁾.

Já a opinião das *reticentes* a respeito das possíveis contribuições das PIC para a Nutrição esteve relacionada à possibilidade de ampliação da oferta de opções aos usuários:

Eu acho que daria mais alternativas para os pacientes, porque essa prática tradicional [biomédica] da nutrição... as vezes tudo bem, que o paciente tem que fazer é importante, mas as vezes ele não consegue fazer esse tradicional e das mudanças dos hábitos alimentares, trazer essas proposta de funcionais e fitoterápicos contribui, porque é diferente... os pacientes acabam gostando de saber dessas dicas e de como um alimento, uma erva pode tá contribuindo também e auxiliar no tratamento dele (ESR1).

De forma geral, observou-se uma coesão entre os depoimentos das atuantes e reticentes a respeito da contribuição das PIC para a Nutrição, entendendo que trazem uma ampliação do olhar do profissional, relacionada ou não a experiência individual no uso de alguma PIC. No entanto, certa incoerência transparece no momento em que a recomendação de fitoterápicos, por si só, não aliada à uma formação em Saúde Coletiva, ou conhecimento de outras racionalidades, acaba por reproduzir a lógica dominante e prescritiva.

APLICAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM NUTRIÇÃO

O uso e recomendação de PIC é visualizado na Tabela 3. Entre as práticas mais recomendadas o aproveitamento integral dos alimentos aparece em primeiro lugar, seguido de fitoterapia/plantas medicinais, e posteriormente o encaminhamento para acupuntura, homeopatia e massagem. As práticas menos recomendadas (ou ainda recomendadas somente por uma das entrevistadas) foram: macrobiótica, alimentação ayurvédica, antroposófica e termalismo. As seguintes práticas: homeopatia, acupuntura, florais, práticas corporais, massagem, fitoterapia/plantas medicinais e aproveitamento integral dos alimentos, tiveram o apoio de todas as entrevistas no caso de o usuário já fazer uso da mesma. Vale destacar que o preenchimento da tabela foi realizado durante a entrevista, sendo que parte das entrevistadas colocou que não recomendaria ou apoiaria o uso por desconhecimento.

Tabela 3: Conhecimento, uso, recomendação e apoio ao usuário pelas nutricionistas que atuam na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC, 2009. *

Práticas integrativas e complementares	Conhece	Usa para si	Recomendaria (ou encaminharia para)	Apoiaria o uso por seus pacientes
Homeopatia	8	5	6	8
Acupuntura	8	5	6	8
Florais	8	3	3	6
Práticas Corporais	8	6	6	8
Massagem	8	4	6	7
Reiki	7	2	2	6
Termalismo	6	1	3	4
Argila	5	3	2	5
Reflexologia	6	3	3	5
Aromaterapia	5	1	2	5
Cromoterapia	6	2	2	6
Nutrição Funcional	8	4	5	6
Dietoterapia Chinesa	5	2	3	6
Macrobiótica	6	0	1	4
Alimentação Ayurvédica	5	1	1	4
Alimentação Antroposófica	5	1	1	4
Fitoterapia/ Plantas medicinais	8	5	7	8
Aproveitamento integral dos alimentos	8	6	8	8
Alimentação vegetariana	8	3**	1	7
Alimentação viva	7	2	2	6

* Os números nas colunas designa o número de profissionais dentre os entrevistados que referiu o *status* ou a ação em relação às PIC.

** Uma é semi-vegetariana, pois inclui o consumo de frutos do mar, e outras duas já foram adeptas de tal filosofia alimentar.

A seguir, são apresentadas apenas as opiniões e experiências das *atuantes*, já que são estas que desenvolvem ações com envolvimento das PIC, com predominância para a prescrição de fitoterápicos:

As orientações acabam sendo mais pra quando a pessoa está com compulsão... um chá calmante... mudando de tempo em tempo a erva e tal... mas eu não passo muito disso (ESA3).

As principais indicações do uso de plantas medicinais por parte das entrevistadas são: gastrite, hipertensão, diabetes, ansiedade/compulsão alimentar.

Outro uso de PIC relatado por uma nutricionista é a técnica de reflexologia: *“Eu trabalho bastante com reflexologia também no ambulatório. Especialmente pra gestantes, porque aí a fitoterapia não é indicada...”* (ESA2).

As práticas citadas como possíveis de articulação e que trazem resultados positivos para a maior parte dos casos atendidos pela Nutrição foram a acupuntura e homeopatia, feitas por meio de encaminhamento para profissionais que trabalham no SUS (policlinicas ou ULS), de acordo com a necessidade do usuário:

Eu estou mais aproximada da acupuntura, que eu acho que tem resultados bem significativos pra gente, principalmente quando a pessoa refere ansiedade generalizada... e a acupuntura ajuda bastante pra reduzir principalmente a compulsão alimentar... (ESA3).

Foi observada também uma preocupação em desenvolver um trabalho consolidado em Nutrição no município. O trecho abaixo traz uma reflexão sobre o papel do nutricionista nos NASF, aliado ao desafio de que a formação atual não contempla a visão intersetorial e crítica necessária⁽²³⁾:

Qual a importância de ter o nutricionista nos NASF? Isso é uma questão importante de discussão nos municípios e tem uma resolução do CFN de ter uma nutricionista a cada duas equipes, com certeza a gente conseguiria trabalhar muito melhor, mas já é um grande avanço de estar no núcleo de apoio. E os municípios escolhem quais os profissionais que vão entrar...é importante da gente mostrar qual é a importância da nutrição na APS através dos NASF e focar no trabalho intersetorial e multiprofissional...tem que ter um olhar pra isso e eu acho que a maioria do profissionais não são formados pra isso. [...] Se quem está na gestão nos municípios não traz isso, a tendência é o nutricionista ir lá... atender um por um, fazer dieta e deu. Que é inclusive como os outros profissionais vêm a gente. Quando você começa a trabalhar com território, identificar as práticas que se localizam naquele território, como é que se dá a produção, o consumo de alimentos naquele território, os outros profissionais ficam até surpresos, porque não vêem o trabalho da nutrição nesse sentido. Acho que a gente precisa mostrar que a gente faz *muito* mais do que dieta (ESA4).

Outra dificuldade apontada para o fortalecimento da NCI e de uma atuação mais integral pautada pelas necessidades da comunidade, é a demanda clínica. O número de nutricionistas que atuavam no município o momento da pesquisa seria insuficiente para atender de forma adequada todas as regionais de saúde e promover uma articulação com outros setores e atividades educativas devido em especial à grande demanda reprimida por atendimentos individuais:

A maior dificuldade é... estar em 5 unidades de saúde. Tem nutricionistas que estão em *oito*, sabe? Então tem a dificuldade de conhecer o território. É meio impossível. Às vezes tu não conhece bem o território trabalhando com *uma* área de abrangência de saúde da família. Imagina a pessoa trabalhando com 11, 12, 13 áreas de abrangência. [...] Por conta de que a equipe hoje tem outras prioridades. Não são geralmente essas, de estar vendo como está a situação alimentar da

comunidade [...]. Eu entrei há 4 meses e tenho uns 500 encaminhamentos pra nutrição represados...sem contar os que se perderam neste meio...então isso, se tu não tá mais centrado, tu acaba sendo engolido pela demanda clínica e acaba deixando um pouco de lado esta questão (ESA3).

A alta demanda de consultas individuais na nutrição em rede pública já foi tema de outros estudos, apontado por Pádua e Boog⁽¹⁵⁾ em pesquisa com nutricionistas da região metropolitana de Campinas em 2006, como um fator limitante:

“O fato de o profissional atender a todas as demandas o impossibilitava de desempenhar adequadamente as ações desejadas, criar e desenvolver novas estratégias de trabalho, visando ao aprimoramento da qualidade do seu serviço”⁽¹⁵⁾.

Outro aspecto identificado no depoimento de ESA3 é que o papel do nutricionista parece não estar muito claro para a equipe de saúde, ou seja, a própria Nutrição na APS está em construção⁽¹⁵⁾. Em recomendação feita pelo CFN⁽²⁴⁾, a atuação do nutricionista na ESF deveria englobar outras ações, além do atendimento individual: diagnóstico da situação alimentar e nutricional da comunidade; identificação de áreas de risco e grupos prioritários; planejamento e avaliação integrados com a equipe das ações de alimentação e nutrição; grupos e planos terapêuticos; ações intersetoriais relacionadas à SAN, entre outras.

RELAÇÃO COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Para as atuantes um dos aspectos abordados foi a abordagem holística e integral do ser⁽²⁵⁾, com indicação da visão crítica e ampliada da PS:

Acho que tudo que tenta trabalhar pra desenvolver a pessoa, o bem estar, a visão dele em relação ao mundo, os sentimentos...o corpo...tudo isso é promoção da saúde, não tem como separar. Eu vejo como um avanço na promoção da saúde, a gente fala que ela é ampla, a gente fala tanto nisso, e que bom que as portas estão se abrindo pra

ampliar realmente a promoção... (ESA1).

A formação convencional e dominante foi alvo de críticas por parte de todas as nutricionistas. Entretanto, entre as reticentes, a PS é vista como algo quase que “inatingível” no modelo de saúde atual e na sua prática na APS:

A gente está habituado à partir tudo...[risos] essa que é a dificuldade, a gente vem de uma formação assim, e a nossa estrutura é assim, a administrativa inclusive. São vários processos pra conseguir chegar a trocar esta prática...ela é...é mais longo esse processo...porque a reconstrução disso [risos] passa pelo indivíduo e pelo grupo... (ESR2).

A promoção da saúde é que tem sido mais difícil de fazer aqui nessa prática da nutrição no município, pelo menos pra mim! Que seria antes de estar atendendo as pessoas por alguma doença, estar passando este conhecimento ou criando junto com as pessoas de como ter uma saúde, uma vida melhor, não só individual, mas na família, na comunidade...tá melhorando as condições de vida das pessoas, sócio-econômica também... enfim, que dê uma vida melhor pra elas (ESR1).

O excesso de atividades assistenciais, dificultando ações de PS, também foi identificado em estudo com nutricionistas no estado de São Paulo⁽¹⁵⁾. Todavia, uma visão preventivista da PS surgiu em uma das entrevistas, o que demonstra a mistura dos conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças, na qual aparece a dicotomia entre o “certo” e o “errado” na alimentação⁽²⁶⁾, o que pode gerar uma conduta prescritiva:

A promoção da saúde a gente vai trabalhar pra evitar a doença, né? Trabalhar com fatores pra que a pessoa não adoça, trabalhar mais com prevenção...por exemplo trabalhar com atividade física, estimular...dentro da realidade das pessoas, o que dá pra fazer no cotidiano. O que te dá pra prazer? É dançar? Então vai dançar...não, não...até entrar na questão financeira, ver a questão social, não tem condição de tá fazendo uma

hidroginástica? Então, uma caminhada...academia pública...a promoção de hábitos alimentares saudáveis...orientação, pra que as pessoas saibam se alimentar de forma correta, pra evitar o tratamento depois (ESR3).

O discurso preventivista ainda está embutido no conceito de PS de muitos profissionais da saúde, em parte porque ainda está presente nas suas formações acadêmicas e também nas políticas envolvidas com o tema. Carvalho e Gastaldo refletem que tais discursos, na repercussão que tomam na sociedade, podem gerar exclusão social de determinados grupos, à exemplo da nutrição: os obesos; e ainda privilégios ou super valorização daqueles com peso considerado normal⁽²¹⁾. Em estudo com nutricionistas da região metropolitana de Campinas, os autores encontraram que a PS é relacionada com as ações de educação em saúde, sendo observada uma dificuldade de relação entre as ações de nutrição e a PS⁽¹⁵⁾.

RELAÇÃO COM A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A SAN é considerada um tema transversal nessa pesquisa, devido à sua proposta intersetorial e amplitude. As ações de promoção de SAN vão muito além da prática do nutricionista, porém este profissional tem um papel central na articulação de tal tema e as ações da Saúde Coletiva.

É clara a relação estabelecida entre SAN e NCI para as atuantes. Os vínculos criados passaram desde as estratégias de produção sustentável do alimento, a soberania alimentar e o DHAA, até a autonomia do indivíduo. As questões políticas que permeiam a SAN também surgiram e tiveram como enfoque questões como a mídia e a força da indústria de alimentos, apontados na fala a seguir como o “assédio do mercado”:

Na medida em que a gente consegue estimular que as pessoas tenham um domínio maior sobre a sua alimentação, que diminuam as pressões que o Estado exerce sobre elas...que elas consigam responder a este *assédio* do mercado, especialmente de outra forma, e que consigam estabelecer relações diferentes nos seus espaços, eu acho que já tem bastante elementos da Segurança Alimentar e Nutricional. E assim, se a

gente estimula que as pessoas consumam mais frutas, verduras e legumes, a gente está estimulando a produção da agricultura familiar, de uma forma indireta a gente está contribuindo para a garantia da soberania alimentar do Brasil (ESA2).

O Estado e o mercado possuem influência direta na alimentação da população, afinal, na sociedade atual o alimento e o corpo são vistos como mercadoria. Como exemplo a padronização do consumo e o crescimento das redes de *fast food*: “o poder aquisitivo, a publicidade e a praticidade exercem pressão sobre as práticas alimentares que se tornam permeáveis a mudanças, representadas pela incorporação de novos alimentos, formas de preparo, compra e consumo”⁽²⁷⁾. Nesse sentido, vale trazer a reflexão de que as políticas de SAN devem sempre integrar o enfoque dos direitos humanos, sem que o sujeito seja identificado apenas como objeto da política pública⁽²⁸⁾.

Entretanto, para as reticentes a promoção da SAN é relacionada apenas com a orientação de alimentação saudável, considerada abrangente quando realizada na forma de grupos ou atividades coletivas, e não é observada uma relação entre NCI e SAN:

Orientação de...alimentação saudável mesmo. O que consumir, em que proporções consumir, pra tá garantindo uma alimentação adequada mesmo, pra garantir que a pessoa esteja realmente se nutrindo. [risos] Não, também pode ser no sentido mais amplo...quando trabalhar em grupos, ou com a comunidade, com escolas...que aí abrange a comunidade...e aí tem um sentido mais abrangente, não só no individual (ESR3).

A fragilidade nos depoimentos das reticentes em relacionar as PIC com a SAN, talvez possa estar mais relacionada a estas profissionais não terem uma formação voltada à Saúde Coletiva, do que no uso e recomendação de PIC. Ao contrário das atuantes, que com exceção de uma entrevistada, tiveram uma formação em nível de pós-graduação e uma atuação direcionada à Saúde Pública, o que permite aos profissionais um contato com questões de cunho mais político e crítico, e que envolve diretamente a SAN.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visão dominante na Nutrição, relacionada à ausência do debate em PIC na graduação, fazia crer que tal tema seria pouco explorado na atuação das nutricionistas que atuam na atenção básica em Florianópolis. Entretanto, foi uma surpresa identificar que cinco das oito nutricionistas entrevistadas tem uma atuação que envolve de alguma forma, o uso de PIC (simpatizantes atuantes). Observa-se que, nesse grupo, tal recomendação esteve relacionada ao uso pessoal de alguma PIC (anterior ou atual), com resultados positivos. As demais nutricionistas (simpatizantes reticentes), apesar de não recomendar PIC, se mostraram abertas para tal e inclusive declararam o interesse em ampliar conhecimentos na área, na forma de cursos de fitoterapia, nutrição funcional e medicina tradicional chinesa.

Entretanto, surge aqui uma curiosidade: a maior parte das atuantes (quatro de cinco) possui, além de maior contato com as PIC, uma formação mais voltada para a Saúde Coletiva atingida por meio de especialização/mestrado na área. Esse vínculo com a Saúde Coletiva poderia, dessa forma, proporcionar uma ampliação do olhar e uma abertura às PIC? Outro questionamento é de que a única *atuante* sem formação em Saúde Coletiva revelou uma visão mais relacionada ao paradigma biologicista. Apesar de ter uma formação em fitoterápicos e realizar a prescrição na sua rotina, suas posições estiveram mais relacionadas à visão dominante da nutrição, o que nos leva a refletir sobre o caráter destas especializações, cujo aprofundamento foge ao alcance dessa pesquisa.

Nesse sentido, provoca-se um debate a ser aprofundado em outros estudos e que consideramos pertinente no atual momento da Saúde Coletiva brasileira, com esforços para reorganização da atenção e o cuidado, em que o nutricionista está ganhando seu espaço por meio dos NASF. Como se dá a atuação do nutricionista na APS? De que forma o profissional é capacitado para atuar rompendo as barreiras prescritivas, autoritárias e desarticuladas ao contexto da SAN? E ainda, de que forma as PIC podem contribuir para uma atuação ampliada? Nessa pesquisa, a formação (pós-graduação) em Saúde Coletiva, aliada a um interesse pessoal ou experiência de uso para si em alguma PIC, traz contribuições para a visão ampliada em nutrição, o que permite uma prática de nutrição na APS mais promotora de saúde, baseada na visão holística e pautada na valorização do saber popular.

REFERÊNCIAS

- 1- Luz, MT. *Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva* – Estudo sobre Racionalidades médicas e atividades corporais. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- 2- Tesser, CD; Luz, M. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. *Ciênc & Saúde Coletiva* 2002; 7 (2): 363-372.
- 3- Azevedo, E. Reflexões sobre riscos e o papel da ciência na construção do conceito de alimentação saudável. *Rev Nutrição* 2008; 21 (6): 717-723.
- 4- Starfield, B. Is US health really the best in the world? *JAMA* 2000; 284 (4): 483-5.
- 5- Czeresnia, D (Org). *Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- 6- Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8 (1): 185-208.
- 7- Brasil, Portaria 971 de 04 de maio de 2006. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde*. Brasília; 2006.
- 8- Luz, MT. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. In: *Série Estudos em Saúde Coletiva*. n. 62. Rio de Janeiro: ERJR/IMS; 1993.
- 9- Albuquerque, MFM. A Segurança Alimentar e Nutricional e o uso da abordagem de direitos humanos no desenho das políticas públicas para combater a fome e a pobreza. *Rev Nutrição* 2009; 22 (6): 895-903.
- 10- Maluf, SJ. *Segurança Alimentar e Nutricional*. Petrópolis: Vozes; 2007.
- 11- Bosi, MLM. A Nutrição na concepção científica moderna: em busca de um novo paradigma. *Rev Nutrição* 2004; 7 (1):32-47.
- 12- CFN - Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução 402/2007. Regulamenta a prescrição fitoterápica pelo nutricionista de plantas in natura frescas, ou como droga vegetal, nas suas diferentes formas farmacêuticas, e dá outras providências. DOU, seção 1, 06/08/2007.
- 13- Gurgel, IGD, et al. *Práticas Integrativas e Complementares no Programa de Saúde da Família voltados para atenção à saúde mental: estudos de caso no Nordeste, Sul e Sudeste*. Relatório

- Técnico Final – CNPq. Recife, 2010.
- 14- Vasconcelos, FAG. Um perfil do nutricionista em Florianópolis – SC. **Rev Ciênc e Saúde** 1991; 10 (1/2): 72-86.
 - 15- Pádua, JG; Boog, MCF. Avaliação da inserção do nutricionista na rede básica de saúde dos municípios da região metropolitana de Campinas. **Rev Nutrição**. 2006; 19 (4): 413-424.
 - 16- Duarte, J. Entrevista em profundidade. In: Duarte, J & Barros, A. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**; 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006; 62-83.
 - 17- Bardin L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.
 - 18- Gonçalves, RP. *et al.* Profissionais da área de saúde pública: atitudes, conhecimentos e experiências em relação a práticas médicas não-convencionais. **Rev APS** 2008; 11 (4): 398-405.
 - 19- Coury, ST; Silva, DL; Azevedo, E. Dietoterapia Chinesa, Vegetarianismo e Nutrição Antroposófica. In: Mura, JDP; Chemin, SMSS. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia**. Roca: São Paulo; 2007.
 - 20- Thiago, SCS. **Medicinas e terapias complementares na visão de médicos e enfermeiros da saúde da família de Florianópolis**, 2009. Dissertação de mestrado, Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina.
 - 21- Carvalho, SR; Gastaldo, D. Promoção à Saúde e Empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc & Saúde Coletiva** 2008; 13 (2): 2029-2040.
 - 22- Tesser, CD. Práticas Complementares, Racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cad Saúde Pública** 2009; 25 (8):1732-1742.
 - 23- Ferreira VA; Magalhães R. Nutrição e Promoção da Saúde: Perspectivas atuais. **Cad Saúde Pública** 2007; 23 (7): 1674-1681.
 - 24- CFN - Conselho Federal de Nutricionistas. O papel do nutricionista na atenção primária à saúde. 16 de outubro de 2008. Disponível em: http://www.cfn.org.br/novosite/arquivos/O_Papel_do_Nutricionista_na_Atencao_Primaria_a_Saude.pdf. Acesso em: 10 de maio de 2010.
 - 25- Tesser, CD; Luz, M. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciênc Saúde Coletiva** 2008; 13 (1): 195-206.
 - 26- Santos, LAS *et al.* Uso e percepções da alimentação alternativa

- no estado da Bahia: um estudo preliminar. *Rev Nutrição* 2001; 14 (sup): 35-40.
- 27- Pinheiro, ARO; Carvalho, DBB. Estado e mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. *Saúde e sociedade* 2008; 17 (2): 170-183.
- 28- Albuquerque, MFM. A Segurança Alimentar e Nutricional e o uso da abordagem de direitos humanos no desenho das políticas públicas para combater a fome e a pobreza. *Rev Nutrição* 2009; 22 (6): 895-903.

APÊNDICE 1**ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO: CONHECIMENTO SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES**

1. Caracterização: Idade _____ Sexo _____
2. Sobre a Formação:
Tempo de formação: _____ anos
() Instituição Pública () Instituição Privada
() Graduação
() Especialização Área: _____
() Mestrado Área: _____
() Doutorado Área: _____
3. Atuação Profissional: _____
Vínculo: _____
Tempo na atenção básica: _____ anos _____ meses
4. Visão sobre a origem dos alimentos, aspectos produtivos, agricultura convencional x agroecologia.
5. Entendimento sobre Práticas Integrativas e Complementares (PIC)/Medicinas Alternativas e Complementares (Origem desse entendimento).
6. Relevância para o nutricionista. Por que.
7. O tema das PIC foi abordado na graduação em Nutrição. Como.
8. Interesse em ampliar conhecimentos a respeito das PIC. Como. Por que.
9. Relação entre as PIC e a formação do nutricionista.
10. Conhecimento sobre quais as práticas integrativas fazem parte do uso profissional do nutricionista (com respaldo do respectivo Conselho Profissional).
11. Conhecimento e pensamento sobre a resolução 402/2007 que permite ao Nutricionista prescrever fitoterápicos.
12. Conhecimento e avaliação sobre a PNPIC.
13. Relação NCI, SAN e PS.

14. Você **conhece**, **faz uso** de, **recomendaria** ou **apoiaria** o uso de alguma destas práticas complementares? Marque um “X” na coluna correspondente (é possível assinalar mais de uma coluna):

Práticas integrativas e complementares	Conhece	Usa para si	Recomendaria a seus pacientes	Apoiaria o uso por seus pacientes
Homeopatia				
Acupuntura				
Florais				
Práticas Corporais: Tai chi, yoga, biodança.				
Massagem				
Reiki				
Nutrição Funcional				
Dietoterapia Chinesa				
Macrobiótica				
Alimentação Ayurvédica				
Alimentação Antroposófica				
Fitoterapia/ Plantas medicinais				
Aproveitamento integral dos alimentos				
Alimentação vegetariana				
Alimentação viva				
Outras (Quais?)				

Adaptado de: S THIAGO, 2009.



APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE – C.P.: 476

CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

Tel. (048) 3721-9388 – Fax. (048) 3721-9542 – e-mail: spb@ccs.ufs.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

a) Você está sendo convidado a participar do estudo: “PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: PERCEPÇÕES DE NUTRICIONISTAS DA ATENÇÃO BÁSICA”. Pesquisas como esta são importantes, pois geram informações que contribuem para avanços das ciências da saúde, podendo assim contribuir para a melhora da qualidade de vida das pessoas. Por isso sua participação é muito importante.

b) **O objetivo da pesquisa** é analisar a percepção de nutricionistas que atuam na rede de atenção básica do serviço de saúde do município de Florianópolis/SC, a respeito do uso e recomendação de práticas integrativas e complementares por nutricionistas. Caso você concorde em participar do estudo, serão feitas algumas perguntas sobre a relação entre a Nutrição e as Práticas Integrativas e Complementares.

- c) É importante também esclarecer que a participação nesse estudo não envolve nenhum risco à sua saúde.
- d) As perguntas sobre a nutrição e as Práticas Integrativas e Complementares serão feitas em encontro previamente agendado com os nutricionistas da Atenção Básica de Saúde do município de Florianópolis-SC. As perguntas serão feitas na forma de entrevista, pelo próprio pesquisador.
- e) Não será necessário realizar acompanhamento médico ou outros exames laboratoriais em função da sua participação nesse estudo.
- f) Justamente por esse estudo oferecer uma oportunidade de compreender a relações entre a nutrição e as Práticas Integrativas e Complementares, é que acreditamos que se constitui num benefício para a Ciência da Nutrição e para você, enquanto profissional.
- g) Meu nome é Thaisa Santos Navolar, sou aluna do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Você poderá me contatar pelo telefone (48) xxxxxxx caso se verifique algum tipo de problema em função de sua participação nesse estudo ou você necessite de mais informações sobre o mesmo.
- h) Novamente reforçamos que este estudo não tem por objetivo propor nenhum tipo de tratamento e acompanhamento de saúde de caráter oficial, ou alternativo.
- i) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo.
- j) É necessário também esclarecer que nesse estudo não serão distribuídos medicamentos utilizados em um tratamento convencional ou placebo.
- l) A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.
- m) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos pesquisadores da área da saúde que participam da pesquisa e pelas

autoridades legais; no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.

n) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade.

o) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

p) Asseguramos que quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome e sim um código.

r) Como pesquisador responsável por esse estudo asseguro a você o caráter confidencial do mesmo; sua identidade será protegida de terceiros não autorizados, e os formulários da pesquisa não serão identificados pelo nome, mas por um código. Este formulário, que você estará assinando se concordar em participar do estudo será mantido por mim e pela equipe de trabalho em confidência estrita, juntos em um único arquivo. Caso você assine este documento em concordância com todo o seu conteúdo, receberá uma cópia do mesmo.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do participante ou responsável

Data __ / __ / __

Assinatura do pesquisador

Data __ / __ / ____

